This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD STOR
N401 .F52 1876
Lymphatiques utérins et parallèle entr
24503325551

LYMPHATIQUES UTÉRINS

ET PARALLÈLE ENTRE

LA LYMPHANGITE ET LA PHLÉBITE UTÉRINES

(Suites de couches)

PAR

Jacques FIOUPE,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Ancien interne de l'hôpital des Enfants (Sainte-Eugénie),
Membre de la Société anatomique.

La présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus est aussi fréquente que sa présence dans les veines est rare.

(CRUVEILHIER, *Atlas d'Anat. path.*)

Avec tracés graphiques intercalés dans le texte et en lithographie.

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, près du boulevard St-Germain

1876

N401
F52
1876

LANE

MEDICAL LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

LYMPHATIQUES UTÉRINS

ET PARALLÈLE ENTRE

LA LYMPHANGITE ET LA PHLÉBITE UTÉRINES

(Suites de couches)

PAR

Jacques FIOUPE,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Ancien interne de l'hôpital des Enfants (Sainte-Eugénie),
Membre de la Société anatomique.

La présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus est aussi fréquente que sa présence dans les veines est rare.

(CRUVEILHIER, *Atlas d'Anat. path.*)

Avec tracés graphiques intercalés dans le texte et en lithographie.

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, près du boulevard St-Germain

1876

LANE LIBRARY

F52
1876

A LA MÉMOIRE

de mon très-regretté maître

LE PROFESSEUR PAUL LORAIN

64787

LYMPHATIQUES UTÉRINS

ET PARALLÈLE ENTRE

LA LYMPHANGITE ET LA PHLÉBITE UTÉRINES

(Suites de couches)

> La présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus est aussi fréquente que sa présence dans les veines est rare.
>
> (CRUVEILHIER, *Atlas d'Anat. path.*)

INTRODUCTION.

Pendant les deux années que nous venons de passer, en qualité d'interne, dans les services d'accouchements de l'hôpital Lariboisière (1874) et de la Pitié (1875), il nous a été donné de constater le rôle considérable que joue la lymphangite utérine dans la fièvre dite puerpérale. Ce rôle, que les travaux de Cruveilhier, Duplay, Botrel, etc., avaient déjà mis en lumière, était, pour ainsi dire, perdu de vue, lorsque M. Lucas Championnière vint, par ses remarquables recherches, l'éclairer d'un nouveau jour. Mais, depuis cette époque, la science s'est enrichie de faits anatomiques, anatomo-pathologiques et cliniques qui nous ont paru importants pour l'étude de cette question.

En anatomie, de récents travaux, publiés en France comme à l'étranger, ont non-seulement établi, sur une base plus solide,

les relations intimes du système lymphatique avec le tissu conjonctif et les cavités séreuses, mais encore démontré, d'une manière plus nette, les curieuses communications qui avaient été décrites entre la plèvre et le péritoine. D'autre part, le Dr Gerhard Léopold (de Leipzig), dans un mémoire sur les lymphatiques de l'utérus non gravide, nous a fait connaître quelques points tout à fait ignorés de l'histoire de ces vaisseaux.

Dans le domaine de l'*Anatomie pathologique,* nous avons à signaler, depuis cette époque, deux ordres de recherches : les unes relatives à notre sujet ; les autres ne s'y rattachant que d'une façon indirecte, mais propres cependant à éclairer la pathogénie des lésions dont nous avons entrepris l'étude. Parmi les premières, citons les importants travaux de MM. Hervieux, d'Espine et Quinquaud ; mentionnons dans les secondes, les remarquables thèses de MM. Lordereau, J. Renault, Troisier et Caillette.

En clinique, enfin, notre excellent maître, M. Siredey, a montré, il y a quelques mois à peine, dans les *Annales de gynécologie*, la possibilité d'établir, au lit du malade, le diagnostic de la lymphangite utérine, diagnostic considéré jusqu'à ce jour, par la plupart des cliniciens, comme extrêmement incertain sinon impossible dans la majorité des cas. Presque en même temps, M. Chiarleoni énonçait cette possibilité, en termes très-précis, dans une thèse de concours sur la thermométrie clinique dans l'état puerpéral.

En présence de tous ces faits, il nous a semblé de quelque utilité de reprendre l'étude des lymphatiques utérins, de la lymphangite et de la phlébite utérines, nous proposant un double but : 1° résumer ou mettre à profit les nombreux et importants travaux dont nous venons de parler ; 2° faire connaître nos propres observations et le résultat de quelques expériences que nous avons entreprises au laboratoire d'histoiogie du Collége de France

Quant à la question de savoir si les lésions rencontrées dans l'utérus sont cause ou effet, résultat de la maladie ou maladie elle-même, c'est là un difficile problème que nous n'avons point abordé. Nous avons complètement laissé de côté ce point de doctrine pour ne nous attacher qu'à la seule étude des faits, étude de détails, il est vrai ; mais, « comme les généralités scientifiques doivent remonter des particularités aux principes et que les principes sont d'autant plus stables qu'ils s'appuient sur des détails plus profonds » (1), notre travail sera amplement récompensé s'il peut un jour servir à d'autres plus autorisés et plus expérimentés que nous, pour la solution de ce délicat problème.

Dans le cours de ce mémoire, nous avons beaucoup emprunté aux idées de notre très-cher et très-honoré maître, M. Siredey; nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner ici notre plus vive reconnaissance pour les savants et bienveillants conseils dont il nous a honoré.

Qu'il nous soit permis d'adresser anssi nos remercîments à M. le professeur Ranvier pour le gracieux accueil qui nous a été fait au laboratoire d'histologie du Collége de France.

C'est à l'obligeance de notre excellent ami, M. le Dr Pinard, que nous devons la connaissance du mémoire de Léopold ; M. le Dr Gierszynski a bien voulu nous traduire le mémoire russe de Pierre Fridolin, et M. Leclerc, nous prêter son concours dans la traduction des ouvrages anglais.

DIVISION DU SUJET.

Nous diviserons notre travail en trois parties :

La première sera exclusivement consacrée à l'étude anatomique du système lymphatique utérin et plus particulièrement

(1) Claude Bernard. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, p. 46.

de la disposition qu'il affecte dans les trois couches de cet organe.

Dans la deuxième, après avoir décrit les caractères anatomiques distinctifs de la lymphangite et de la phlébite utérines, nous rechercherons quelles sont les lésions les plus fréquentes qui en dépendent, et en dernier lieu nous essaierons d'en établir le mode pathogénique.

La troisième, enfin, aura pour objet le diagnostic différentiel, au lit du malade, de la lymphangite et de la phlébite utérines.

PREMIÈRE PARTIE

ANATOMIE DU SYSTÈME LYMPHATIQUE UTÉRIN

HISTORIQUE.

Les vaisseaux lymphatiques de l'utérus et de ses annexes, découverts et bien observés par Nuck, sur plusieurs mammifères, furent vus chez la femme d'abord par Méry et ensuite par Morgagni et Winslow. Haller, cité par Cruikshank, dit à ce sujet (1) : « Vidit in humano utero Joannes Mery ; tum J. « B. Morgagni, in puerperâ, turgida, sub membranâ externâ « uteri repentia et J. B. Winslow. » Un peu plus tard, Cruikshank les étudiait mieux encore et les observait même sur des utérus en état de vacuité : « On ne découvre pas facilement ces vaisseaux, dit-il, dans l'état de vacuité de la matrice ; mais cependant, quand on a injecté ce viscère par les artères et les veines et qu'on l'a ensuite laissé macérer dans l'eau pendant quelques jours, l'air qui alors est dégagé par la putréfaction dans la membrane cellulaire pénètre les vaisseaux absorbants et les fait paraître d'une manière bien distincte. » Un an après (1787), Mascagni (2) publiait sa splendide Iconographie des vaisseaux lymphatiques et montrait, dans une planche remarquable, l'étonnante richesse du réseau sous-séreux de l'utérus gravide.

Depuis lors, la plupart des anatomistes ne firent que reproduire la description de ces deux auteurs et ce n'est qu'en 1832

(1) Cruikshank (William). The anatomy of the absorbent Vessels in the human body., trad. en franç. par Ph. Petit-Radel, Paris, 1787, pages 302 et 304.

(2) Mascagni. Vasorum lymphaticorum corporis humani historia et iconographia. Sienne, 1787.

que Cruveilhier (1), mettant à profit de nombreuses observations recueillies pendant un séjour de deux ans et demi à la Maternité, fit une étude plus complète des lymphatiques utérins. Ces notions devinrent classiques, et nous les trouvons encore dans nos traités modernes d'anatomie.

Cependant, en 1870, M. Lucas-Championnière (2) a apporté quelques faits anatomiques absolument nouveaux qui, joints aux connaissances déjà acquises, sont venus compléter l'anatomie macroscopique de ces vaisseaux.

Enfin, la question entre dans une nouvelle phase avec les recherches histologiques de Pierre Fridolin (3) (de Saint-Pétersbourg) et de Gerhard Léopold (4) (de Leipzig). Ces dernières études ont non-seulement confirmé les faits déjà connus, mais nous ont donné, grâce au moyen d'investigation employé, une idée plus nette et plus précise de la circulation lymphatique dans le système utérin tout entier.

Lymphatiques de l'utérus.

Une membrane interne ou muqueuse, un tissu propre, de nature musculeuse et une enveloppe séreuse, dépendance du péritoine : telles sont les parties constituantes de l'utérus. Ces trois couches renferment des lymphatiques, s'anastomosant les uns avec les autres, et qu'on peut diviser pour la facilité de la description, en lymphatiques : 1° de la couche muqueuse ; 2° de la couche musculaire ; 3° de la couche sous-séreuse.

1° *Lymphatiques de la couche muqueuse.* — On ne trouve rien ou presque rien dans les ouvrages français et étrangers,

(1) Cruveilhier. Atlas d'anatomie pathologique (13e livraison).

(2) Lucas-Championnière. Thèse de Paris, 1870.

(3) Peter Fridolin. Ueber die lymphgefässe der Schwangeren Gebârmutter. (Militararztl. Journal, 115 Theil. november 1872. Saint-Pétersbourg. Abth. II, s. 105 (Russisch.)

(4) Dr Gerhard Léopold (in Leipzig). Die Lymphgefässe der Normalen, Nicht Schwangeren uterus (*Archiv für Gynækologie*, Berlin, 1873.)

antérieurs au mémoire du Dr Léopold, sur les vaisseaux absorbants de la muqueuse utérine. Quelques auteurs ont bien soupçonné leur existence, mais aucun n'est parvenu à la démontrer d'une manière certaine. Cruikshank dit bien (1) : « Nous avons vu à la surface intérieure de la matrice d'une femme grosse, à l'endroit où le placenta adhérait précédemment, le mercure que nous avions poussé dans ces vaisseaux, par la surface extérieure de la matrice s'échapper des vaisseaux rompus, qui ci-devant se portaient dans le placenta et cela même contre la direction des valvules. » M. le professeur Sappey (2) : « Les lymphatiques de l'utérus naissent de la couche musculeuse de cet organe. Probablement, quelques-uns émanent de la muqueuse utérine ; mais, sur ce dernier point, l'observation ne nous a rien établi jusqu'à présent. » Kolliker, Crobak, Luschka, Hyrtl et Henle s'expriment de la même manière. M. Lucas-Championnière, cependant, serait plus explicite quand il écrit (3) : « Tous ces vaisseaux sont nés à la fois du tissu musculaire et de la surface muqueuse. Bien qu'ici la démonstration directe soit imparfaite, on est en droit de conclure, du développement de ces vaisseaux parallèle à celui du placenta, à leur présence et à leur *abondance* dans la muqueuse. » Cette démonstration nous est fournie par le travail du Dr Léopold, dont voici une courte analyse.

Le système lymphatique ne serait pas représenté, dans la muqueuse utérine, par des vaisseaux cylindriques, mais bien par des *lacunes* ou *vides* lymphatiques.

A la limite de la couche musculeuse et de la couche muqueuse, le tissu connectif comprend deux ordres de faisceaux : les uns, externes, revêtus de cellules plates, sont contigus aux faisceaux de fibres musculaires qu'ils séparent de la membrane muqueuse ; les autres, internes, se dirigent vers la surface libre

(1) Cruikshank, *loc. cit.*, page 303.
(2) Sappey. Anatomie descriptive, t. II, p. 827
(3) Lucas-Championnière. *Loc. cit.*, p. 12.

de cette dernière et se divisent pour donner passage aux vaisseaux sangnins et aux glandes utérines. Il résulte de cette division que ces faisceaux, composés tout d'abord de grosses travées, puis de travées secondaires plus fines, toutes tapissées d'endothélium, se réduisent vers la superficie de la muqueuse, à une trame connective excessivement délicate. Ce fin réticulum, à mailles revêtues de cellules endothéliales, limite des espaces, larges chez les animaux, étroits chez la femme. Ce sont là les *lacunes* ou *vides* servant de lit à la lymphe.

Quelles sont les modifications apportées à ces vides par le passage des vaisseaux sanguins et des glandes utérines?

Les artères, plus ou moins sinueuses, parvenues à la couche muqueuse, fournissent un grand nombre de ramifications dont les unes entourent les glandes, dont les autres s'étalent en réseau capillaire, sous l'épithélium même de la muqueuse. Nées de ces diverses origines, les veines remontent à côté des artères pour pénétrer dans la couche musculeuse. Or, la disposition de la trame connective, par rapport à ces vaisseaux, diffère légèrement suivant le calibre de chacun d'eux. Pour les plus fins capillaires, l'élément connectif n'est représenté que par une simple couche de cellules endothéliales entourant, en forme de gaîne, la paroi du vaisseau ou reposant sur elle. Pour les autres, on peut dire d'une façon générale que le nombre des gaînes, formées par les travées connectives, est d'autant plus grand que le calibre du vaisseau est plus fort.

De la couche musculaire ou de la profondeur de la muqueuse, on voit s'élever vers la surface libre de cette dernière, un grand nombre de glandes, souvent simples, quelquefois bifides, à cul-de-sac étroit, à extrémité libre un peu plus large. Elles présentent aussi avec le tissu conjonctif de remarquables connexions : au cul-de-sac, l'épithélium glandulaire repose sur une membrane limitante, dépendance de la trame connective, revêtue sur sa face externe de cellules endothéliales. Vers leur extrémité libre cette membrane disparaît et n'est rem-

placée que par une simple couche de cellules endothéliales.

En résumé, on peut considérer la muqueuse utérine comme un grand ganglion lymphatique, étalé en surface, traversé par des vaisseaux sanguins et des glandes, privé de follicules lymphatiques mais composé d'espaces ou vides revêtus de cellules endothéliales. Dans ces lacunes, anastomosées entre elles, circule la lymphe, séparée des glandes et des vaisseaux par les gaînes endothéliales qui entourent ces derniers. Ainsi se trouvent confirmées une fois de plus les récentes recherches de M. le professeur Ranvier sur l'origine des lymphatiques et leurs rapports avec les mailles du tissu conjonctif.

2° *Lymphatiques de la couche musculeuse.* — Ici l'anatomie pathologique a, pour ainsi dire, devancé l'anatomie normale. Ces vaisseaux, que les anatomistes admettaient plutôt par induction que par démonstration directe, ont été pour la première fois représentés par Cruveilhier dans une magnifique planche de son atlas d'anatomie pathologique (pl. III. fig. 1). Depuis, leur existence a été signalée dans la plupart des traités d'anatomie et dans divers mémoires relatifs à la puerpéralité (Botrel, Lucas-Championnière) ; mais, nulle part, même dans les ouvrages les plus récents consacrés à l'histologie, on n'en trouve une description précise et détaillée. Aussi est-ce encore aux recherches histologiques de Pierre Fridolin et de Léopold que nous avons dû recourir pour leur étude.

Chez la lapine, la vache, la truie, etc., la paroi musculeuse de l'utérus est exclusivement formée, pour le col, de fibres circulaires ; pour les cornes (ad uterum de Geoffroy Saint-Hilaire), elle comprend deux couches de fibres : l'une extérieure, longitudinale ; l'autre profonde, circulaire.

Chez la femme, cette paroi est constituée par trois couches ou plans de faisceaux, non point nettement séparés comme dans d'autres organes, mais se continuant entre eux et s'envoyant fréquemment des faisceaux de communication.

1° La couche externe ou superficielle se compose de fibres longitudinales et de fibres transversales : les premières forment une lame mince, étendue sur le fond, les faces antérieure et postérieure de l'organe, jusqu'au col ; les secondes forment une couche plus épaisse, entourant l'utérus circulairement.

2° La couche moyenne est la plus puissante ; elle présente des faisceaux longitudinaux, transversaux et obliques, s'entrecroisant dans toutes les directions et renfermant de nombreux vaisseaux.

3° La couche interne, mince comme l'externe, est formée de fibres transversales qui constituent, à l'orifice interne du col, un faisceau annulaire épais et saillant, qui se continuent en haut par deux groupes de faisceaux annulaires entrecroisant leurs plus grands anneaux, graduellement décroissants de chaque côté depuis l'évasement de l'infundibulum jusqu'à l'ouverture étroite de la trompe ; enfin qui sont recouvertes, sur le milieu de chacune des parois antérieure et postérieure de la cavité utérine, par un large et épais faisceau de fibres ascendantes de forme triangulaire, dont la base s'étend de l'un à l'autre orifice tubaire, et dont le sommet descend près de l'orifice externe du col (1).

Ces notions anatomiques vont nous permettre de mieux saisir la disposition des lymphatiques musculaires et les différences, peu importantes du reste, qu'ils présentent chez la femme et chez les animaux à utérus bicorne.

Chez ces derniers, ils sont disposés sur trois plans :

Un premier plan, celui de la couche musculaire interne ou circulaire, est composé de vaisseaux cylindriques et à direction transversale. Ils sont situés dans l'interstice des faisceaux musculaires, communiquent entre eux par des fentes lymphatiques circonscrivant les faisceaux primitifs des muscles, et unissent

(1) Hélie. Recherches sur la disposition des fibres musculaires de l'utérus développé par la grossesse. Paris. 1865.

les espaces lymphatiques de la couche muqueuse, dont ils ne sont que la continuation, avec les vaisseaux de la couche moyenne.

Un deuxième plan, celui de la couche moyenne ou intermusculaire, est formé par de larges canaux, successivement dilatés et rétrécis, munis de valvules, troncs collecteurs à direction tortueuse et oblique, destinés à déverser la lymphe dans les gros vaisseaux qui, des bords de l'utérus, gagnent les ligaments larges.

Un troisième plan, enfin, celui de la couche musculaire externe ou longitudinale, met en communication les vaisseaux lymphatiques sous-séreux avec les gros troncs de la couche moyenne, et présente la même disposition que le premier plan, dont il ne diffère que par la direction longitudinale des vaisseaux qui le composent.

Les vaisseaux proprement dits ou cylindriques de ces différents plans sont entourés de fines lamelles endothéliales présentant des ouvertures et formant des mailles. Les fentes lymphatiques ne sont revêtues que d'une seule couche de cellules plates.

Les artères et les veines d'un fort calibre occupent surtout la couche intermusculaire où elles sont entourées incomplètement par les gros vaisseaux lymphatiques ou troncs collecteurs. Ceux-ci passent au milieu d'elles et leur forment une demi-couronne ayant l'aspect d'un croissant. Dans les autres couches, les vaisseaux sanguins ont une marche plus irrégulière. Ils sont tantôt contigus aux vaisseaux lymphatiques, tantôt à une distance plus ou moins grande. Les fentes lymphatiques sont assez régulièrement traversées par de petits vaisseaux sanguins.

Chez la femme, les lymphatiques musculaires sont remarquables par leurs anastomoses plus nombreuses, conséquence de l'entrelacement plus complet des faisceaux, et par la communication directe entre les fentes lymphatiques et les espaces

ou vides de la muqueuse. Nous avons vu que cette communication était indirecte chez les animaux.

3° *Des lymphatiques superficiels ou sous-séreux.* — Grâce à leur situation tout à fait superficielle et au prodigieux développement qu'ils acquièrent durant la grossesse, ces vaisseaux ont pu être étudiés d'une manière plus complète que les précédents. Aussi, les résultats des recherches histologiques ne sont-ils qu'une confirmation de ceux obtenus, ainsi que nous l'avons déjà dit, par Cruikshank, Mascagni, Cruveilhier, Duplay, Botrel et M. Lucas-Championnière. D'après les travaux de tous ces auteurs, voici quelle serait la disposition de ces lymphatiques.

Ceux du col, après avoir formé, principalement en arrière et sur les parties latérales, un réseau à mailles assez larges, se réunissent en vaisseaux volumineux pour aller se rendre, en suivant les artères utérines, dans les ganglions pelviens et sacrés. Quelques-uns gagneraient, d'après Cruveilhier, le ganglion situé à l'orifice interne du canal sous-pubien. Selon M. Lucas-Championnière, les vaisseaux du col émergeraient à l'union du corps et du col, dans le tissu cellulaire latéral, s'accoleraient aux vaisseaux sanguins et rencontreraient immédiatement un ou plusieurs petits ganglions (1); à défaut de ces derniers, on trouverait toujours, en ce point, un plexus très-important. Dans les autopsies assez nombreuses que nous avons eu l'occasion de pratiquer, nous n'avons jamais été assez heureux, malgré des investigations minutieuses, pour voir le ganglion signalé et dessiné par M. Lucas-Championnière. Les seuls lymphatiques que nous ayons pu observer, à ce niveau, se dirigeaient en dehors et en arrière.

Ls lymphatiques du *corps* de l'utérus forment, sous la couche séreuse, un très-riche réseau, fréquemment anastomosé et re-

(1) Lucas-Championnière. *Loc. cit.*, pl. 2, fig. 1.

couvrant l'organe tout entier. Les vaisseaux dont il est composé, d'un calibre plus ou moins fort, à parois plus ou moins épaisses, présentent des dilatations et des rétrécissements successifs, sont munis de valvules et se terminent de deux façons : les uns, ceux qui occupent la partie médiane antérieure et postérieure, s'engagent dans la couche musculeuse superficielle et la traversent pour aller se jeter dans les gros troncs de la couche moyenne; les autres, ceux voisins des bords, convergent de dedans en dehors, gagnent les angles supérieurs de l'utérus, puis les bords, reçoivent là les lymphatiques des trompes et des ovaires, et vont se terminer aux gros troncs des ligaments larges. Dans tout ce trajet, ils suivent les vaisseaux utéro-ovariens, se réfléchissent avec eux de bas en haut pour aller se rendre aux ganglions lombaires moyens et supérieurs.

Suivant M. Lucas-Championnière, on trouverait fréquemment dans l'épaisseur des ligaments larges, autour des vaisseaux sanguins utéro-ovariens, plusieurs petits ganglions faisant saillie plutôt en arrière qu'en avant. Dans nos autopsies, nous n'avons jamais pu en constater l'existence. Mais nous devons dire que nous avons toujours rencontré, et cela à plusieurs reprises, des ganglions très-apparents, dans les ligaments larges de la vache et de la truie. En piquant ces glandes lymphatiques avec une fine aiguille de la seringue de Pravaz, remplie de bleu de Prusse ou de picro-carminate d'ammoniaque, nous avons même réussi à injecter un assez grand nombre de vaisseaux jusqu'au delà des bords de la corne correspondante.

Cours de la lymphe dans l'utérus.

Si, jetant un coup d'œil d'ensemble, nous résumons les faits que nous venons d'étudier, nous voyons : que le système lymphatique utérin naît de la muqueuse par des lacunes ou vides, traversés par les glandes utérines et les vaisseaux sanguins ; qu'arrivés à la couche musculeuse, ces vides se continuent par

des fentes et des vaisseaux proprement dits, aboutissant à des troncs plus volumineux, situés dans la couche musculaire moyenne; que, d'autre part, ce système forme, dans le tissu conjonctif sous-séreux, un riche plexus entourant la matrice tout entière, et composé de troncs dont les uns se jettent directement dans les gros vaisseaux lymphatiques des ligaments larges, et les autres vont constituer, dans la couche musculaire superficielle, un réseau formé de fentes et de vaisseaux, réseau communiquant aussi avec les troncs de la couche musculaire moyenne; que ces derniers, enfin, viennent se terminer dans les canaux des ligaments larges. Tel serait le trajet suivi par la lymphe dans l'utérus.

Rapports des lymphatiques utérins avec le système sanguin et le péritoine.

Dans le cours de la description anatomique, nous avons, pour plus de clarté dans l'exposition, volontairement négligé l'étude de quelques points d'une haute importance au point de vue de la pathogénie des lésions que nous aurons à signaler dans la seconde partie de ce travail. Quels sont les rapports, dans l'utérus, du système sanguin avec le système lymphatique? Ce dernier communique-t-il avec la cavité péritonéale ?

La première question, considérée d'une façon tout à fait générale, a suscité de nombreux travaux et a divisé et divise encore les anatomistes.

Déjà en 1664, Wepfer (1) affirmait avoir vu des vaisseaux diaphanes, nés de l'utérus ou des ligaments larges, s'ouvrir dans la veine iliaque. Plus tard, Lippi (2) prétendit avoir découvert un grand nombre de communications directes entre

(1) Wepfer. De dubiis anatomicis epistola quâ objectiones nonnullas contra Bilsii doctrinam, etc., 1664).

(2) Lippi. Recherches physiol. et pathol. sur le système lymphatique chylifère. Florence, 1825.

les vaisseaux lymphatiques et la veine porte, la veine honteuse interne, les veines rénales, la veine cave ascendante et l'azygos. L'existence de ces communications fut admise aussi par Fohmann (1), Lauth (2), Magendie (3), etc., et c'est sur leurs recherches que s'est fondé Botrel (4) pour expliquer la coexistence, dans quelques cas, de l'infection purulente avec l'inflammation des lymphatiques utérins. Nous devons même ajouter que Cruveilhier (5) a vu, de la manière la plus manifeste, un gros vaisseau lymphatique du membre inférieur s'ouvrir directement dans la veine iliaque externe du même côté.

Cette opinion, combattue par Cruikshank (6), Mascagni, Blandin (7), etc., paraissait, grâce aux remarquables injections de M. le professeur Sappey, devoir être définitivement rejetée, lorsque, dans ces dernières années, les études histologiques vinrent lui créer de nouveaux partisans. En 1874, l'un d'eux, Arnold (8) a même cru pouvoir établir ces communications, en remplissant des cellules étoilées et pigmentaires, avec une masse colorée, injectée soit par les lymphatiques, soit par les vaisseaux sanguins. Mais les conclusions de cet anatomiste ont été infirmées par les recherches du Dr Jean Tarchanoff (9) entreprises, l'année dernière, au laboratoire d'histologie du Collége de France. Pour cet histologiste, l'injection ne pourrait

(1) Fohmann. Anatomische Untersuchungen über die Verbindung der Saugadern mit den Venen. Heidelberg, 1822, p. 50.

(2) Lauth. Essai sur les vaisseaux lymphatiques. Thèse inaug., Strasbourg, 1824, p. 21.

(3) Magendie. Précis élémentaire de physiologie, t. II, p. 194. Paris, 1836.

(4) Botrel. Mémoire sur l'angioleucite utérine puerpérale. *Arch. de médecine*, 1845, p. 37.

(5) Cruveilhier. Anatomie descriptive, t. III, p. 271. Paris, 1871.

(6) Cruikshank. *Loc. cit.*, p. 200.

(7) Blandin. Anatomie générale de Bichat, t. II, p. 455.

(8) Arnold. Ueber die Beziehung der Blut und Lymphgefässe zu den saftkanälchen. *Virchow's Archiv*, 1874, 5 décembre, p. 157.

(9) Jean Tarchanoff. *Arch. de physiologie*, 1875, nos 3 et 4, p. 281 et suivantes.

sortir des vaisseaux sanguins qu'à la suite d'une rupture de leur paroi, et les cellules étoilées ne seraient dues qu'à la pénétration de la masse injectée entre les globules du sang.

Quant à l'utérus, nous avons déjà vu que dans la muqueuse et les couches musculaires, les espaces, les fentes et les vaisseaux lymphatiques, quoique situés le plus souvent à côté des vaisseaux sanguins, en étaient, cependant, toujours séparés par les couches de cellules endothéliales.

Il nous reste à déterminer les rapports réciproques des réseaux lymphatiques et sanguins superficiels. Suivant le docteur Léopold, deux réseaux bien distincts rampent dans la couche conjonctive sous-séreuse : l'un, *sanguin*, tout à fait superficiel, presque contigu à la surface libre de la séreuse, est formé de capillaires sanguins excessivement fins, d'un calibre toujours égal ; l'autre, *lymphatique*, situé immédiatement au-dessous du premier, se compose de vaisseaux plus larges, tortueux, successivement dilatés et rétrécis, pourvus de valvules. Cette disposition est facile à constater par l'examen au microscope d'une coupe horizontale comprenant le péritoine et une fine couche de tissu utérin, les vaisseaux sanguins et lymphatiques ayant été préalablement injectés de liquides diversement colorés. Sur une telle préparation, on voit d'abord l'épithélium de la séreuse, sans aucune ouverture ni fente ; au-dessous le réseau sanguin et, en abaissant la lentille, sur un plan plus profond, le réseau lymphatique.

Voyons, maintenant, si le dernier réseau, pénétrant dans les mailles formées par les capillaires sanguins, présente des communications avec la cavité péritonéale. C'est Mascagni (1), le premier (1787), qui signala et démontra, par des injections de liquide coloré dans la plèvre, que les grandes cavités séreuses ne sont qu'une dépendance du système lymphatique et qu'elles communiquent librement avec les réseaux lymphatiques sous-

(1) Mascagni. *Loc. cit.*, p. 53.

jacents. Environ trente ans plus tard, Bichat (1) affirmait également que les absorbants s'ouvrent par une infinité d'orifices sur les membranes séreuses. Depuis cette époque, de nombreuses recherches sont venues confirmer l'opinion de ces deux illustres anatomistes. Recklinghausen (2), ayant arrosé la face péritonéale du centre prénique de quelques gouttes de lait dilué avec de l'eau sucrée, constata que les vaisseaux lymphatiques s'étaient remplis de globules de lait. Ludwig et Schweiger-Seidel (3) ont montré, de plus, qu'entre les fibres radiées de cette même face il existe des conduits lymphatiques en forme de fentes, communiquant d'une part avec la cavité péritonéale, et de l'autre avec les vaisseaux lymphatiques sous-pleuraux. Enfin, M. le professeur Ranvier (4) a décrit, au niveau des fentes, des figures circulaires ou un peu allongées, sortes de lacunes bordées par une petite rangée de petites cellules rondes, lacunes qu'il a appelées des *puits lymphatiques*. Ceux-ci établiraient une communication directe avec la cavité péritonéale et les fentes lymphatiques qui communiqueraient, à leur tour, avec le réseau lymphatique sous-pleural. Signalons aussi les expériences de Dybkowski (5), et celles plus récentes de notre excellent ami M. Troisier (6). Elles nous apprennent que la cavité pleurale communique, d'une part, avec les réseaux lymphatiques de la paroi pectorale et du diaphragme (Dybkowski); d'autre part, avec les réseaux lymphatiques propres du poumon

(1) Bichat. Traité des membranes, p. 114. Paris, 1816.

(2) Recklinghausen. Das Lymphgefässystem. Stricker's Handbuch, p. 222.

(3) Ludwig et Schweiger-Seidel. Arbeiten aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig mitgetheilt durch C. Ludwig. Leipzig, 1867, t. I, p. 174.

(4) Ranvier. *Progrès médical*, 1873. Leçons sur le système lymphatique, p. 73.

(5) Dybkowsky. Ueber Aufsaugung und Absonderung der Pleurawand (sur l'absorption et la sécrétion de la plèvre). Arbeiten der physiologischen Anstalt zu Leipzig, 1867, p. 40.

(6) Troisier. Thèse inaugurale. Paris, 1874, p. 7 et suiv.

(Troisier). Enfin, suivant le Dr Klein (1), outre les stomates vrais décrits par Recklinghausen, Burdon-Sanderson et autres histologistes, il existerait des pseudo-stomates ou des ouvertures faisant communiquer la surface libre du péritoine avec le système lymphatique inter-canaliculaire. Mais M. Ranvier (2) a démontré que ces stomates ou ces trous ne doivent pas être considérés comme des ouvertures préexistantes, mais comme des sortes de soupapes par lesquelles les globules blancs peuvent passer de la cavité péritonéale dans les sacs lymphatiques.

De semblables ouvertures existent-elles au niveau des ligaments larges? C'est ce que nous avons recherché par les expériences suivantes :

Expérience I. — Le 13 août 1875, nous injectons avec une seringue de Pravaz ordinaire, dans le péritoine d'un cobaye femelle, un peu au-dessous de l'ombilic, 4 cent. cubes d'eau distillée tenant en suspension du vermillon de Chine. L'animal est tué le 20 août.

Autopsie. Toutes les molécules de Vermillon sont accumulées dans l'épiploon. Le ligament large, immédiatement tendu sur une lame de verre, es examiné à la lumière directe et à la lumière transmise; il ne présente aucune particule colorée ou noire.

Expérience II. — Le 21 août 1875, nous injectons dans le péritoine d'un cobaye femelle, un peu à droite et plus bas que dans l'expérience I, 6 cent. cubes d'eau distillée tenant en suspension du bleu d'aniline insoluble.

L'animal est sacrifié le 27 août.

Autopsie : Une grande partie de la masse se trouve encore sur l'épiploon ; mais nous voyons sur le ligament large et la corne droits un petit amas de molécules colorées. Un simple filet d'eau suffit pour les entraîner.

A l'examen microscopique, pratiqué comme ci-dessus, nous ne constatons aucune particule colorée ou noire.

En présence de ces résultats négatifs, nous avons eu recours à une autre méthode : l'imprégnation d'argent.

Sur une première lapine, récemment sacrifiée, nous avons, après avoir largement ouvert le ventre, coupé le col utérin aussi bas que possible. Puis,

(1) Klein. The anatomy of the lymphatic system (the serous membranes). London, 1873.

(2) Ranvier. *Loc. cit.*, p. 53.

soulevant, avec des pinces fixées sur ce col, les cornes et les ligaments larges restés intacts, nous en avons, après un lavage à l'eau distillée, arrosé les deux faces avec une solution de nitrate d'argent à 1 pour 300. Nouveau lavage à l'eau distillée ; immédiatement après, deux fragments des ligaments larges ont été étalés sur une lame de verre, l'un étendu sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure. Les deux préparations, examinées dans la glycérine, nous ont montré un revêtement endothélial régulier et sans fente aucune. Dans quelques points, le revêtement endothélial était absent et laissait un vide. Mais, autour de ce dernier, les petites cellules rondes, décrites par M. Ranvier, faisaient absolument défaut.

Sur une seconde lapine, tuée par hémorrhagie, nous avons fait l'imprégnation d'argent par immersion en nous servant d'une solution à 1 pour 500.

Les préparations nous ont donné la même image que les précédentes.

Malgré le petit nombre de ces expériences, nous avons cru devoir en signaler les résultats. Ils concordent, du reste, avec ceux obtenus par le Dr Léopold, sur les cornes utérines elles-mêmes, bien que nous ayons employé une méthode différente.

DEUXIÈME PARTIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les accidents puerpéraux qu'il nous a été donné d'observer, pendant ces deux dernières années, se sont présentés à l'état sporadique et à l'état épidémique. Mais, dans l'une comme dans l'autre année, les épidémies auxquelles nous avons assisté ne peuvent être comparées, ni par leur durée, ni par le nombre de leurs victimes, à celles si longues et si meurtrières dont nos prédécesseurs ont laissé de trop nombreuses relations. Nous n'avons vu que de simples débuts d'épidémie, une prompte fermeture des salles ayant toujours arrêté à sa source le redoutable fléau.

Néanmoins, les lésions que nous avons rencontrées à l'autopsie des femmes qui ont succombé aux suites de couches, ont été multiples et variées. Les unes ont eu pour siége l'utérus lui-même ; les autres, disséminées pour ainsi dire dans l'organisme tout entier, nous ont facilement permis de nous expliquer l'opinion des hommes éminents qui, frappés de cette multiplicité et de cette diversité des altérations, les ont considérées comme les effets incohérents d'une maladie générale. Cependant, de l'analyse des faits assez nombreux que nous avons recueillis, il nous a semblé résulter que cette incohérence n'est qu'apparente. Il nous a paru possible, en nous appuyant sur les notions anatomiques actuellement acquises, de rattacher ces différentes lésions les unes aux autres, de saisir le lien qui les unit, sans qu'il fût nécessaire, pour cela, de modifier les procédés d'analyse pathologique quotidiennement employés pour les autres maladies. Tel est le but que nous nous sommes proposé dans cette étude.

Nous n'avons certes pas la prétention d'avoir pénétré la nature intime des affections puerpérales. C'est là, comme nous l'avons déjà dit, un point de doctrine que nous n'avons pas abordé. Tout ce que nous voulons établir, c'est que, chez la plupart des femmes mortes des suites de couches, pour ne pas dire chez toutes, on rencontre un nombre plus ou moins grand de lésions, s'enchaînant les unes aux autres et formant, selon l'heureuse expression de notre très-regretté maître Lorain, une véritable série morbide ; que, parmi ces diverses altérations, les unes, celles qui occupent l'utérus, peuvent être considérées, dans l'état actuel de la science, comme primitives ; les autres, ayant pour siége des parties plus ou moins éloignées de la matrice, ne sont que les effets des premières, et présentent des différences fondamentales suivant la lésion primordiale qui leur a donné naissance.

Dans nos recherches anatomo-pathologiques, les altérations du premier ordre que nous avons le plus souvent constatées, sont : la *lymphangite* et la *phlébite* utérines. Aussi est-ce à leur étude comparative et à celles des principales lésions secondaires qu'elles déterminent, que nous avons consacré la seconde et la troisième partie de ce travail.

HISTORIQUE.

Depuis longtemps déjà, de nombreux observateurs se sont efforcés de démontrer que les lésions utérines sont le point de départ des diverses altérations rencontrées à l'autopsie des femmes en couche. Mais ce n'est que beaucoup plus tard qu'il fut question du rôle de la lymphangite et de la phlébite utérines dans les maladies puerpérales.

En 1828, dans un mémoire inséré dans les *Archives de médecine*, Dance (1) essaya d'établir, en réunissant à ses propres

(1) Dance. De la phlébite utérine et de la phlébite en général, considérées sous le rapport de leurs causes et de leurs complications. (*Archives de médecine*, 1828, t. XVIII, p. 473, et t. XIX, p. 5 et 161.

observations quelques matériaux épars dans la science, l'importance de la phlébite utérine dans la pathologie de la femme en couche. Mais, en 1830, dans un travail également inséré dans les *Archives*, Tonnelé, insistant, le premier, sur la fréquence de la lymphangite utérine, attribuait à cette dernière un rôle prépondérant dans les accidents puerpéraux. Pour cet auteur, cependant, la distinction entre les deux lésions n'a pas grande importance, car il dit (1) : « L'étude de la suppuration des lymphatiques n'a pas une importance autre que celle de la phlébite, puisque les symptômes qui les caractérisent l'une et l'autre, et les suites funestes qui en résultent pour l'économie, sont constamment semblables ; il n'est donc point utile de séparer ces deux lésions. »

Il nous faut arriver aux travaux de Danyau (2), Nonat (3), Duplay (4), et principalement aux remarquables recherches de Cruveilhier, pour voir les effets bien différents de ces deux lésions nettement indiqués. Les résultats de nos observations sont tellement conformes aux conclusions de notre illustre anatomo-pathologiste que c'est pour nous un devoir et une véritable satisfaction de citer ici textuellement ses paroles (5).

« Tous ou presque tous les sujets morts du typhus puerpéral à l'hospice de la Maternité, depuis juin 1830 jusqu'à septembre 1832, m'ont présenté, à un degré plus ou moins considérable, de la suppuration dans les vaisseaux lymphatiques, tandis que, pendant le même espace de temps, je n'ai eu à constater par l'autopsie que huit cas de phlébites utérines suppurées.

(1) Tonnelé. Des fièvres puerpérales observées à l'hospice de la Maternité en 1829. (*Archives générales de médecine*, Paris, 1830, t. XXII, p. 355.)

(2) Danyau. Métrite gangréneuse. Thèse de Paris, 1829.

(3) Nonat. Sur la métro-péritonite compliquée de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques de l'utérus. Thèse de Paris, 1832.

(4) Duplay. De la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques, à la suite de l'accouchement. (*Archives de médecine*, 1826, 2e série, t. VII et X.)

(5) Cruveilhier. De la fièvre puerpérale, de sa nature et de son traitement. Discussion à l'Académie de médecine de Paris, 1858, p. 138.

« Ainsi, tandis que la phlébite utérine purulente s'observe assez souvent indépendamment de la péritonite, la lymphangite purulente s'accompagne presque toujours de péritonite et de phlegmon diffus du tissu cellulaire sous-péritonéal.

« D'une autre part, les abcès multiples du foie, des poumons, qui s'observent dans la phlébite purulente suppurée, comme dans toutes les autres phlébites purulentes, sont étrangers à la purulence des vaisseaux lymphatiques, de telle sorte que, lorsqu'on rencontre en même temps abcès multiples dans les viscères et lymphangite purulente, on peut être à peu près certain qu'il y a complication de phlébite purulente. »

Les vues de Cruveilhier furent, un peu plus tard, confirmées par Alex. Moreau (1), Cazeaux (2), et surtout Botrel qui, dans un important mémoire sur l'angiolencite utérine, mentionna, dans presque toutes ses observations, la coexistence de cette lésion avec la péritonite, soit partielle, soit généralisée. Le seul reproche qu'on puisse lui adresser, c'est d'avoir pensé que la lymphangite peut, aussi bien que la phlébite, déterminer l'infection purulente et des abcès métastatiques (3). C'est qu'il croyait à la communication du système lymphatique avec le système sanguin.

Comme on le voit pendant toute cette période, l'inflammation des vaisseaux lymphatiques est regardée comme jouant un rôle prépondérant dans les maladies puerpérales. Mais, en 1858, M. le professeur Béhier (4), tout en faisant une part assez large a l'angioleucite, vint rendre à la phlébite utérine l'importance que Dance lui avait déjà attribuée. A partir de cette épo-

(1) Alexis Moreau. De la fièvre puerpérale épidémique. Thèse de Paris, 1844.

(2) Cazeaux. De la fièvre puerpérale, Discussion académique, Paris 1858, p. 181.

(3) Botrel. *Loc. cit.*, p. 23.

(4) Béhier. Lettres à Trousseau sur la fièvre dite puerpérale. Paris, 1858, et Clinique médicale. Paris, 1864.

que, l'influence de cette dernière lésion gagne du terrain de jour en jour (Billoir (1), Tarnier (2), Français (3), Thierry (4), etc.) à tel point qu'on avait presque oublié celle de la lymphangite, lorsqu'en 1870 parut la remarquable thèse de M. Lucas-Championnière. C'est à ce dernier que revient l'honneur, non-seulement d'avoir restitué à cette altération sa véritable importance, mais encore de l'avoir considérée comme l'origine de quelques complications étrangères à la puerpéralité.

Depuis lors, nous n'avons à signaler que l'ouvrage de M. Hervieux, un mémoire du docteur John-Edward Tilt (5), et le récent travail de M. Siredey, dans lesquels ait été apprécié le rôle des deux lésions qui nous occupent.

Selon M. Hervieux (6), il y aurait beaucoup à rabattre de la prépondérance accordée par quelques auteurs à l'angioleucite, et le poison puerpéral aurait une affinité beaucoup plus grande pour le système vasculaire veineux. Pour MM. Tilt et Siredey, le rôle de la lymphangite serait, au contraire, considérable: « Nous pensons, dit M. Siredey (7), que l'inflammation des lympathiques se rencontre incomparablement plus souvent que celle des veines. Et si nous rappelons les connexions plus intimes des lympathiques que des veines avec le péritoine, et la fréquence de la péritonite dans les affections des femmes en

(1) Billoir. De la phlébite utérine puerpérale. Thèse de Paris, 1857.

(2) Tarnier. De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité. Paris, 1858.

(3) Français. Du frisson dans l'état puerpéral. Thèse de Paris, 1868.

(4) Thierry. Des maladies puerpérales observées à l'hôpital Saint-Louis, Thèse de Paris, 1868.

(5) Tilt. On lymphangitis in pelvic pathology, from volume XVI of the transactions of the obstetrical Society of London, 1874.

(6) Hervieux. Traité des maladies puerpérales, suites de couches. Paris, 1870, p. 793 et 794.

(7) Siredey. La fièvre puerpérale n'existe pas. *Annales de gynécologie*, 1875, p. 261.

couche, nous sommes conduit à considérer la maladie dite fièvre puerpérale, comme n'étant le plus souvent qu'une lymphangite. »

FREQUENCE

Cette question de fréquence a été, comme nous venons de le voir, diversement résolue. Comment expliquer de telles dissidences ? Faut-il les attribuer à l'extrême variabilité du génie épidémique et par suite aux conditions différentes dans lesquelles les observateurs ont été placés ? Telle n'est pas notre opinion. Sans nier l'influence spéciale de certaines épidémies dans les maladies puerpérales, nous pensons qu'en présence de résultats aussi dissemblables il faut chercher ailleurs la cause de ce désaccord. L'analyse des travaux les plus importants sur la phlébite utérine nous autorise à admettre avec MM. Siredey et Lucas-Championnière que cette lésion a été même sur le cadavre souvent confondue avec la lymphangite. Les observations qu'on peut invoquer à l'appui de cette opinion ne sont pas rares. On en trouvera deux à la fin de la thèse, mises en regard d'un cas de lymphangite afin de montrer, par ce rapprochement d'une manière plus saisissante, la parfaite identité de ces deux ordres de faits.

Quant à nous, dans toutes les autopsies qu'il nous a été donné de pratiquer, nous avons constamment rencontré l'une ou l'autre de ces deux lésions, quelquefois même les deux ensemble.

A l'hôpital Lariboisière (1874) nous avons fait huit autopsies. Voici comment se sont trouvées réparties la lymphangite et la phlébite utérines ou péri-utérines.

Lymphangite.	4 fois
Phlébite.	2 —
Lymphangite et phlébite.	2 —

A l'hôpital de la Pitié, sept femmes ont succombé aux suites de couches dans l'année 1875. Nous avons constaté

Lymphangite. . . . . 6 fois
Lymphangite et phlébite. . . . . 1 —

CARACTÈRES ANATOMIQUES DISTINCTIFS

Les principaux caractères qui permettent de distinguer les lymphatiques purulents, des veines enflammées, peuvent se tirer de la situation, de la forme, de la structure différentes de ces deux ordres de vaisseaux et de l'aspect particulier de leur contenu.

1° *Siége.* — En général, les *lymphatiques* sont plus superficiellement situés que les veines; ils rampent immédiatement sous la séreuse ou n'en sont séparés que par une mince couche de tissu musculaire, tandis que les *veines* sont beaucoup plus profondes et disposées dans l'épaisseur même du muscle utérin. En outre, bien que les deux lésions puissent être rencontrées dans les parties les plus diverses de l'utérus et des annexes, il est quelques lieux d'élection particuliers à chacune d'elles.

L'angioleucite s'observe principalement et par ordre de fréquence : au niveau des bords et des angles de l'organe, ainsi que sur le col, surtout à son union avec le corps.

A la base des ligaments larges, dans cette partie voisine des bords qui est limitée en haut par le ligament de l'ovaire, en bas par le ligament rond;

Enfin sur les faces postérieure et antérieure de l'utérus.

La phlébite occupe particulièrement :

Les sinus qui avoisinent l'insertion placentaire;

Ceux des angles et des bords de l'organe, ainsi que ceux du col;

Les veines utéro-ovariennes et le riche plexus veineux de la base des ligaments larges.

Ajoutons que, dans la très grande majorité des cas, les altérations des lymphatiques comme celles des veines, prédominent dans le côté de l'utérus qui correspond à l'insertion du placenta.

2° *Forme.* — A la superficie de l'utérus, la distinction entre les vaisseaux blancs et les veines n'offre aucune difficulté. Les premiers apparaissent sous la forme de traînées sinueuses d'un blanc jaunâtre, plus ou moins entrecroisés et présentant de distance en distance des nodosités, des renflements considérables, quelquefois même de véritables ampoules purulentes, qui soulèvent la séreuse. Cette disposition n'a rien de commun avec celle des vaisseaux sanguins qui, on se le rappelle, ne sont représentés, dans la couche sous-séreuse, que par un réseau de capillaires excessivement fins et d'nn calibre toujours égal.

Mais, à la base des ligaments larges et dans l'épaisseur des couches musculaires, la confusion est plus facile. Là, en effet, les lymphatiques se trouvent directement accolés aux vaisseaux sanguins et acquièrent, à l'état pathologique, un volume au moins aussi fort que celui des veines ou des sinus intermusculaires. Néanmoins, dans les ligaments larges, leur aspect annelé, moniliforme et les nombreux zigzags qu'ils décrivent permettront le plus souvent de les reconnaître. Quant aux lymphatiques utérins de la couche musculaire, nous les distinguerons surtout par les caractères dont nous allons parler.

3° *Etat des parois.* — Les parois des veines et des sinus enflammés sont indurées et hypertrophiées ; leur tunique externe est injectée et adhérente aux parties voisines; leur surface interne, inégale et rugueuse, présente une coloration d'un rouge plus ou moins foncé. Les parois des lymphatiques sont remarquables par leur ténuité, leur minceur et une friabilité telle que la moindre traction suffit pour la déchirer; leur tunique externe est dépourvue d'adhérences avec les parties voisines, et

leur surface interne apparaît d'un blanc nacré ou grisâtre. Enfin un des caractères les plus importants et sur lequel nous devons principalement insister, c'est la présence dans l'intérieur de ces derniers vaisseaux, d'un certain nombre de valvules.

4° *Contenu.* — Le pus lui-même offre un aspect bien différent suivant le vaisseau qui le contient. Dans les veines on trouve un liquide rougeâtre, mélange de pus et de débris de caillots sanguins, entouré le plus souvent d'une couche pseudo-membraneuse tapissant le paroi du vaisseau. Dans les lymphatiques au contraire, le pus a une très-grande pureté ; il est crémeux, blanc et épais. Cruveilhier le compare à du lait ou à du chyle.

Parallèle entre les lésions concomitantes de la lymphangite et de la phlébite utérines.

Il n'entre pas dans notre dessein de donner ici une description complète des nombreuses et diverses altérations qui peuvent accompagner la lymphangite et la phlébite utérines. Une pareille étude, on le comprend, nous entraînerait beaucoup trop loin. Nous voulons simplement rechercher quelles sont les lésions qui coexistent le plus ordinairement avec la suppuration des veines et des lymphatiques. Ces faits bien établis nous aurons beaucoup moins de chances de nous égarer, lorsque nous demanderons aux notions anatomiques précédentes l'explication de cette concomitance.

Les résultats de nos observations diffèrent sur plusieurs points de ceux obtenus par quelques-uns de nos devanciers. Aussi, vu le petit nombre de faits qu'il nous a été donné de recueillir, devrons-nous conclure avec la plus grande réserve et mettre toujours en regard de nos propres résultats ceux des observateurs qui nous ont précédé.

L'analyse des quinze autopsies que nous avons faites nous a conduit à diviser les lésions extra-utérines en :

1° Lésions concomitantes de la lymphangite;
2° Lésions concomitantes de la phlébite ;
3° Lésions concomitantes de l'une et de l'autre.

1° LÉSIONS CONCOMITANTES DE LA LYMPHANGITE.

D'après nos résultats, à cette catégorie appartiendraient les altérations que l'on trouve le plus habituellement à l'autopsie des femmes mortes de fièvre dite puerpérale. Nous voulons parler de la péritonite, du phlegmon diffus rétro-péritonéal, de la lymphangite pelvi-abdominale et des lésions de la septicémie aiguë.

A. *Péritonite.* — Ce qui nous a surtout frappé, dans nos examens nécroscopiques, c'est la coexistence constante de la péritonite et de la lymphangite utérine. Toutes les fois que nous avons rencontré du pus dans les vaisseaux lymphatiques, le péritoine s'est trouvé plus ou moins enflammé. Ainsi, dans les 13 cas (sur 15 autopsies), où nous avons constaté de l'angioleucite, la séreuse abdominale a présenté, à des degrés divers, les traces d'une phlegmasie incontestable. Ajoutons que, dans la majorité des cas, les lésions inflammatoires, quoique plus accentuées dans le petit bassin et au voisinage des annexes de l'utérus, avaient gagné les anses intestinales et quelquefois même le foie, la rate et la face inférieure du diaphragme.

Dans nos deux observations de phlébite utérine, la séreuse péritonéale s'est offerte sous un tout autre aspect. Dans les deux cas, il nous a été impossible de trouver la moindre trace de péritonite, pas d'épanchement séreux ou purulent, pas de production fibrineuse, pas la plus légère injection de la membrane péritonéale, soit sur les intestins, soit ailleurs.

Ces résultats doivent-ils nous faire admettre, d'une part, une solidarité constante entre la péritonite et l'angioleucite utérine; d'autre part, une indépendance absolue de l'inflammation de la séreuse et de celle des veines? Certainement non. Le nombre de faits infirmatifs, publiés par les auteurs, est trop considérable

pour que nous soyons autorisé à formuler notre conclusion d'une manière aussi catégorique. Bien que notre conviction soit qu'un grand nombre d'observateurs ont souvent pris pour des veines purulentes des lymphatiques en suppuration, nous devons tenir compte des cas où la péritonite ne s'est accompagnée d'aucune autre lésion utérine et de ceux plus nombreux où la phlébite a été rencontrée avec une phlegmasie très-évidente de la séreuse péritonéale. Aussi dirons-nous, en nous appuyant sur les statistiques de Duplay, de Cruveilhier, de Botrel, etc., *que la coexistence de l'angioleucite et de la péritonite est la règle, et celle de la phlébite et de la péritonite l'exception.*

B. *Phlegmon purulent diffus rétro-péritonéal.* — Cette lésion est caractérisée par une infiltration purulente, avec mélange d'œdème, du tissu cellulaire sous-péritonéal. Elle répond à l'œdème purulent de Pirogoff. « Comme annexe de la péritonite puerpérale, dit Cruveilhier (1), je placerai l'inflammation diffuse ou phlegmon diffus du tissu cellulaire sous-péritonéal, inflammation extrêmement fréquente, presque aussi fréquente que la péritonite puerpérale, qu'elle accompagne dans l'immense majorité des cas, toujours suppurée, qui occupe le tissu cellulaire sous-péritonéal qu'il infiltre, et le tissu cellulaire des ligaments larges ; j'ai vu plusieurs fois cette infiltration purulente occuper les fosses iliaques, se prolonger en haut le long des vaisseaux ovariens jusqu'au rein, à droite, autour du cæcum et du côlon ascendant, au milieu, le long de l'aorte et de la veine cave ascendante, jusque dans l'épaisseur du mésentère ; d'une autre part, le phlegmon diffus sous-péritonéal s'étend en bas dans le tissu cellulaire qui tapisse l'excavation pelvienne, dans le tissu intermédiaire au vagin et à la vessie ; je l'ai vu se prolonger autour du vagin et envahir même les parois de ce

(1) Cruveilhier. De la fièvre puerpérale. Discussion académique, 1858, page 135.

conduit infiltrées de pus dans toute leur épaisseur. Le phlegmon purulent diffus sous-péritonéal, qui est très-rarement indépendant de la péritonite purulente, rappelle à quelques égards inflammation diffuse du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, et, comme elle, s'explique par la laxité du tissu cellulaire sous-péritonéal dans la région qu'elle occupe. »

Nous ne pouvions mieux faire que de reproduire textuellement ces paroles pour bien décrire les lésions que nous avons rencontrées dans 4 autopsies. Duplay les aurait aussi constatées 22 fois sur 36 cas (1); M. Quinquaud (2) en a rapporté deux observations dans sa remarquable thèse sur le puerpérisme infectieux. Or, dans tous ces faits comme dans les nôtres, cette infiltration diffuse purulente du tissu conjonctif sous-péritonéal a *constamment* coïncidé avec la suppuration des vaisseaux lymphatiques, et ce n'est que dans un très-petit nombre de cas qu'il y avait en même temps présence du pus dans l'intérieur des veines.

C. *Lymphangite pelvi-abdominale.* — Nous avons déjà vu que c'est sur les bords et au niveau des angles de l'utérus que se rencontrent le plus souvent les lymphatiques suppurés. Mais il peut arriver (nous avons observé cette disposition 4 fois sur 13 autopsies d'angioleucite) que l'inflammation s'étende à des vaisseaux plus éloignés. Dans les quatre cas, nous avons pu suivre les vaisseaux blancs, à la superficie des ligaments larges et autour des veines ovariennes, jusque dans les ganglions lombaires. Deux fois les glandes lymphatiques avaient conservé leur aspect et leur volume normaux; une fois elles étaient légèrement injectées et hypertrophiées; une fois nous les avons trouvées grisâtres, molles et infiltrées de pus. Plusieurs observateurs (Tonnelé, Velpeau, Robert Lee, Botrel, Quinqnaud) ont même pu

(1) Duplay. *Loc. cit.*, p. 309.
(2) Quinquaud. Thèse de Paris, 1872, p. 140 et 146.

suivre des lymphatiques purulents jusqu'au réservoir de Pecquet, rempli lui-même de matière purulente. Mais ces faits sont tellement exceptionnels qu'il nous sera permis de les négliger dans l'étude pathogénique des complications de la lymphangite.

Cette remarque s'applique aussi à un fait observé par Botrel (1). Cet observateur aurait vu, dans un cas, des vaisseaux lymphatiques partis des ganglions lombaires aller se jeter, l'un dans la veine porte, à 2 centimètres environ de la scissure du foie, d'autres dans les veines rénales; un autre, enfin, plus volumineux, dans la racine de la grande veine azygos. Il se serait même assuré, à l'aide d'un stylet, de la communication bien réelle de ces deux derniers vaisseaux.

D. *Lésions de la septicémie aiguë.* — Dans le paragraphe consacré à la pathogénie, nous dirons comment nous comprenons l'infection septique et quelles sont les différences qui la séparent de l'infection purulente. Ici nous allons seulement indiquer les lésions qui nous ont paru dépendre de cet état morbide.

C'est dans la thèse de notre ancien collègue et ami, M. le Dr d'Espine (2), de Genève, que nous avons trouvé la meilleure description de ces désordres infectieux. Le *sang* est poisseux, d'une coloration rougeâtre ou d'un brun sale, non coagulé. Les parois *du cœur* sont molles et flasques. Les *poumons*, la *rate*, et les *reins* sont le siége de congestions plus ou moins étendues. M. d'Espine aurait même trouvé de *petites ecchymoses sous-pleurales* et *sous-péritonéales*, quelquefois même de *petits foyers apoplectiques* dans la substance tubuleuse des reins et dans la couche sous-muqueuse de l'intestin grêle. Les lésions intestinales peuvent être plus marquées encore ; Lasserre (3) aurait

(1) Botrel. *Loc. cit.*, p. 36.

(2) D'Espine. Contribution à l'étude de la septicémie puerpérale. Thèse de Paris, 1872, p. 104.

(3) Lasserre. Thèse de Paris, 1842.

rencontré des ulcérations des follicules solitaires et des glandes de Peyer. Signalons, enfin, la broncho-pneumonie diffuse comme une des manifestations les plus fréquentes de la septicémie aiguë.

2° LÉSIONS CONCOMITANTES DE LA PHLÉBITE.

Il est des cas, tout le monde est d'accord sur ce point, dans lesquels les lésions de l'utérus ne sont représentées que par l'état purulent des veines qu'il renferme. Or, si on consulte ces faits, on voit de la manière la plus évidente, qu'avec cette suppuration veineuse coïncident, le plus souvent, deux ordres d'altérations : les unes, presque constantes, occupent les veines plus ou moins éloignées de la matrice ; les autres, plus rares, se rencontrent dans les parties du corps les plus diverses et sont tout à fait comparables aux lésions de l'infection purulente.

A. *Lésions veineuses.* — La phlébite est rarement bornée aux veines de l'utérus. Ordinairement, on trouve dans quelques autres veines, soit des concrétions sanguines simples, soit des concrétions sanguines décolorées et contenant du pus à leur centre ; soit enfin un liquide rougeâtre, mélange de pus et de débris de caillots sanguins. L'inflammation, à ces différents degrés, atteindrait surtout et par ordre de fréquence : les veines ovariques et tubaires, le plexus pampiniforme, les veines iliaques, celles des membres inférieurs, les rénales et la veine cave inférieure. Citons encore, à titre tout à fait exceptionnel, les veines méningées et cérébrales, les sinus de la dure-mère et la veine ophthalmique. La coagulation du sang a été aussi observée, concurremment avec la phlébite utérine, dans l'artère pulmonaire et ses divisions. C'est même là une des causes les plus fréquentes de mort subite chez les nouvelles accouchées.

B. *Lésions disséminées dans l'organisme.* — La phlegmasie des veines de l'utérus s'accompagne quelquefois aussi de tout

un ensemble de lésions qui offrent, avec celles de l'infection purulente, les plus frappantes analogies. Comme dans la pyémie, on rencontre des abcès métastatiques dans le foie, les poumons, les reins, la rate et le cerveau. Le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire, les muscles, sont aussi le siége d'abcès multiples. A toutes ces altérations viennent s'ajouter également des épanchements purulents dans les grandes séreuses viscérales (plèvre, péritoine, péricarde, arachnoïde), dans celles des articulations et des gaînes tendineuses.

En outre, s'il paraît, aujourd'hui, parfaitement démontré que l'endocardite ulcéreuse peut survenir d'emblée, chez les nouvelles accouchées, sans que l'utérus soit lésé, certains faits prouvent aussi que ce processus pathologique de l'endocardite coexiste quelquefois avec la suppuration des veines utérines. C'est précisément dans ces conditions qu'on voit des thromboses veineuses coïncider avec des embolies du système artériel aortique.

3° LÉSIONS CONCOMITANTES DE LA LYMPHANGITE ET DE LA PHLÉBITE.

Dans ce groupe, nous rangerons toutes les lésions qui, rencontrées dans les cas de lymphangite seule, ainsi que de phlébite pure, peuvent être considérées comme les effets de l'une ou de l'autre. Ce sont : l'ovarite, la salpingite, le phlegmon des ligaments larges, les abcès de la fosse iliaque et la pleurésie.

Quelques mots sur chacune de ces altérations :

A. *Ovarite.*—Dans les deux cas de phlébite utérine que nous avons observés, nous n'avons constaté aucune lésion des ovaires ; avec la lymphangite, au contraire, nous avons presque toujours trouvé, dans ces organes, des désordres plus ou moins marqués. Néanmoins, l'analyse d'un grand nombre d'observations nous a conduit à regarder l'ovarite puerpérale comme aussi fréquente avec la phlébite qu'avec la lymphangite. Sur 133 autopsies, M. le professeur Béhier (1) a trouvé 75 fois les

(1) Béhier. *Loc. cit.*, p. 517.

ovaires notablement altérés; sur ce nombre, dans 36 cas, un seul de ces organes était affecté, et 39 fois les deux étaient atteints. L'ovaire droit a été un peu plus souvent pris que le gauche : sur 18 exemples, le droit figure pour le nombre 10, et le gauche pour le nombre 8.

Mme Boivin et Dugès (1), Cruveilhier, M. le professeur Béhier et M. Hervieux, sont d'accord pour admettre 4 degrés dans l'inflammation ovarique :

1er *degré.* — L'ovaire est hypertrophié, légèrement ramolli; sa surface séreuse est plus tendue et plus lisse; le stroma est rouge, injecté, parcouru par un grand nombre de ramuscules vasculaires. Les vésicules de de Graaf apparaissent plus développées.

2e *degré.* — Gonflement; volume double, quadruple, surpassant celui d'un œuf de poule; forme arrondie ou ovale, aplatie; mollesse, friabilité; infiltration séreuse de couleur jaunâtre, ou bien couleur violacée avec la même infiltration, parfois avec de petits épanchements dans des points multipliés.

3e *degré.* — Suppuration diffuse et collectée de M. Hervieux. Pus liquide et concret, infiltré ou déposé en petites collections dans l'ovaire ramolli, qui est alors pâle et jaunâtre.

4e *degré.* — Dissolution d'une partie de la surface ou de la totalité de l'ovaire. — M. Hervieux aurait vu souvent l'ovaire converti en un putrilage friable, de couleur vineuse ou grisâtre, et au milieu duquel il n'était plus possible de saisir la moindre trace d'organisation.

Quant à nous, nous n'avons jamais observé ces deux derniers degrés; dans la plupart des cas, les ovaires, notablement hypertrophiés, étaient recouverts, à leur périphérie, de flocons purulents ou de plaques blanches pseudo-membraneuses; le tissu était pâle, d'un gris mat, légèrement ramolli, et laissait

(1) Mme Boivin et Dugès, Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris 1833.

suinter, à la coupe, un liquide séreux, sans mélange de pus.

B. *Salpingite.* — En même temps que l'ovarite, nous avons toujours rencontré une inflammation des trompes. C'est sur le pavillon et ses franges ainsi que sur la portion externe du conduit tubaire, que la phlegmasie a été surtout marquée. Tantôt, les altérations ont consisté dans une tuméfaction, une injection vasculaire et une infiltration séreuse de ces parties (Béhier), sans aucune trace de pus dans l'oviducte. Tantôt, les franges du pavillon, considérablement hypertrophiées, formaient une sorte de champignon, que son poids entraînait vers le plancher du bassin (Siredey). Dans ces derniers cas, des dépôts pseudo-membraneux revêtaient la surface péritonéale de la moitié externe de la trompe ; et la muqueuse, baignée d'un liquide puriforme tout à fait semblable à celui que contenait le petit bassin, était parcourue par de nombreuses arborisations vasculaires. Comme M. Lucas-Championnière, nous n'avons jamais vu, en incisant le conduit depuis le pavillon jusqu'à l'ostium uterinum, la moindre goutte de pus dans la portion interne. Enfin, d'après le résultat de nos autopsies, la salpingite puerpérale serait indépendante de la phlébite et se rencontrerait surtout avec l'angioleucite ou mieux avec la péritonite. Sur 9 autopsies de femmes mortes d'accidents puerpéraux, notre ancien collègue et ami, M. le Dr Seuvre (1), aurait également trouvé : deux fois la phlébite utérine avec des trompes saines, et trois fois la lymphangite avec des trompes contenant du pus. « Les trompes, dit M. Témoin (2), en parlant des lésions concomitantes de la phlébite utérine, ont, en général, conservé leur volume normal et une coloration rosée uniforme ; à la coupe, j'ai trouvé quelquefois un peu de pus, ou du moins de ce liquide, examiné au microscope, par MM. Tarnier et Vulpian, et dans lequel ils n'ont trouvé quelquefois que des cellules d'épithélium cylindrique.

(1) Seuvre. Thèse de Paris, 1874, p. 24.
(2) Témoin. Thèse de Paris, 1859, p. 15.

Par contre, M. le professeur Béhier (1), qui a constaté une altération des trompes, 45 fois sur 133 autopsies, a souvent rencontré du pus dans la veine qui accompagnait la trompe malade. D'après M. Hervieux, aussi, la salpingite coexisterait fréquemment avec une inflammation veineuse.

C. *Phlegmon des ligaments larges et de la fosse iliaque.* — Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le phlegmon des ligaments larges et de la fosse iliaque est rarement primitif, mais que, le plus ordinairement, il a pour point de départ une lésion des vaisseaux ou du péritoine. Comme nous l'avons déjà dit, nous avons vu, dans quatre de nos autopsies, le phlegmon purulent diffus du tissu cellulaire rétro-péritonéal coïncider avec l'angioleucite et la péritonite. Quant à la phlébite, nous ne possédons aucun fait qui puisse nous permettre d'en juger le rôle.

Mais le remarquable ouvrage de M. Hervieux nous a fourni tous les matériaux nécessaires pour l'étude de cette question. D'après le savant médecin de la Maternité, l'inflammation puerpérale des ligaments larges revêt deux formes bien distinctes : la forme *hypertrophique* et la forme *purulente*. Or, dans l'un comme dans l'autre cas, la phlébite suppurée des veines rampant dans l'intervalle des deux feuillets qui constituent les ligaments larges, se rencontrerait d'une façon presque constante. Il en serait de même pour le phlegmon de la fosse iliaque : « Les phlegmons iliaques puerpéraux sont fréquemment précédés du développement d'une phlébite ou d'une péritonite partielle » (2).

Pleurésie. — La plupart des observateurs qui ont écrit sur les maladies des femmes en couche ont signalé la pleurésie comme une des manifestations les plus fréquentes de la fièvre puerpérale. Mais tandis que les uns (Dance, Tonnelé, Nonat,

(1) Béhier. *Loc. cit.*, p. 517.
(2) Hervieux. *Loc, cit.* p. 572.

Cruveilhier, Duplay Témoin) ont considéré l'inflammation de la plèvre comme un épiphénomène ou comme une complication d'autres états morbides, les autres, et en particulier MM. Charrier et Hervieux, l'ont regardée comme « une des déterminations morbides auxquelles donne lieu l'empoisonnement puerpéral (Hervieux). » C'est ainsi que M. Charrier décrit trois phases dans l'épidémie qu'il a observée (1) :

« 1° Forme abdominale de la fièvre puerpérale, compliquée secondairement d'accidents pleurétiques dans la période d'augment;

2° Forme pectorale seule ou compliquée secondairement d'accidents abdominaux, dans la période d'état;

3° Forme tantôt pectorale, tantôt abdominale, avec des terminaisons très-variées, des anomalies sans nombre, dans la période de déclin. »

« Cette forme pectorale, dit ailleurs M. Charrier, n'avait pas passé inaperçue à tous les observateurs; car le médecin anglais Leake dit qu'il est tenté de croire que la pleurésie est plus fréquente que la péritonite, dans les épidémies de fièvre puerpérale. »

Pour M. Hervieux, il y aurait des pleurésies d'emblée comme il y a des péritonites sans lésion utérine. « C'est l'empoisonnement puerpéral qui donne naissance à la pleurésie, comme elle donne naisssance à la phlébite, à la péritonite, à la méningite, à la pneumonie et à toutes les formations purulentes qu'on peut rencontrer dans l'état puerpéral » (2).

Ajoutons que, à l'appui de leur opinion, ces deux observateurs distingués ont relaté un nombre assez grand de faits qui nous ont paru très-concluants.

M. Quinquaud aurait aussi rencontré une pleurésie seule, trois fois; mais les observations n'ont pas été publiées.

(1) Charrier. Thèse de Paris, 1856, p. 84.
(2) Hervieux. *Loc. cit.*, p. 920.

Voyons maintenant comment les choses se sont passées dans les cas de pleurésie qu'il nous a été donné de recueillir :

Dans nos 15 autopsies, nous avons constaté une pleurésie purulente, avec fausses membranes, 4 fois. Dans un cas, l'inflammation de la plèvre a coïncidé avec une suppuration des veines utérines et des abcès métastatiques pulmonaires ; dans les autres, avec l'épanchement purulent de la séreuse pleurale, nous avons trouvé de l'angioleucite utérine et une péritonite généralisée, et, chose très-importante à noter, la phlegmasie péritonéale avait envahi le grand épiploon et la face inférieure du diaphragme.

PATHOGÉNIE.

De l'ensemble des faits que nous venons de passer successivement en revue, il nous paraît résulter :

1° Que la lymphangite et la phlébite utérines se rencontrent fréquemment à l'autopsie des femmes mortes en couche ;

2° Que, souvent aussi, ces altérations vasculaires de l'utérus coïncident avec d'autres lésions plus ou moins éloignées de la matrice.

Nous devons, maintenant, rechercher si l'anatomie et la physiologie normales et pathologiques peuvent, dans l'état actuel de la science, nous expliquer ces résultats.

« Quelques heures après l'accouchement, dit M. Colin (1), la face interne de la matrice est couverte de quelques caillots sanguins. Ceux-ci enlevés, on trouve une couche molle, humide, rougeâtre, qui tapisse toute la surface interne du corps de l'utérus à l'exception du point qui donnait attache au placenta... Ce n'est qu'à partir du neuvième jour environ qu'on trouve des cellules épithéliales à la surface de la muqueuse utérine en voie de régénération. »

(1) Cazeaux et Tarnier. Traité des accouchements. Paris, 1874, p. 420.

D'après M. le professeur Robin, voici comment se présenterait cette partie de la surface interne de la matrice où le placenta était greffé (1) : « Chez une femme morte quelques jours après l'accouchement, on trouve les restes de la sérotine devenue épaisse de 15 à 18 millimètres et même plus par places. Les bords saillants, irréguliers, de cette plaque, qui est comme appliquée à la face interne de l'utérus et qui lui adhère intimement, se continuent avec la mince muqueuse nouvelle qui tapisse le reste de l'utérus. La surface de la couche épaisse que forme la sérotine dans ces conditions est rugueuse, comme tuberculeuse, ou irrégulièrement mamelonnée çà et là. Elle est d'aspect pultacé ou muqueux, ramollie, facile à enlever par le raclage ; sa couleur est d'un brun rougeâtre et grisâtre, tirant quelquefois sur le noir... Il n'est pas rare d'apercevoir à la surface de cette couche des orifices vasculaires bouchés par des caillots fibrineux bruns, rougeâtres ou un peu décolorés. Si l'on poursuit, par la dissection avec des ciseaux, ces caillots dans la profondeur de la membrane, on est conduit jusqu'aux sinus de la musculaire utérine pourvue de vaisseaux plus volumineux à ce niveau qu'ailleurs. »

D'autre part, nous avons vu que la muqueuse utérine peut être considérée comme un grand ganglion lymphatique, étalé en surface, composé d'espaces ou vides, baignés par la lymphe; que ces lacunes ne sont séparées de la surface libre de la muqueuse que par la couche de cellules épithéliales dont elle est revêtue. Par conséquent, au moins pendant les neuf jours qui suivent l'accouchement, les espaces lymphatiques doivent se trouver dans les conditions les plus favorables à l'absorption des liquides irritants ou septiques.

Les sinus veineux comme les lymphatiques sont donc admirablement disposés pour recevoir l'impression des divers agents morbifiques. Qu'une cause quelconque d'irritation intervienne

(1) Ch. Robin. Mémoire sur les modifications de la muqueuse utérine pendant et après la grossesse. (Mémoires de l'Académie de médecine, Paris 1861, t. XXV, p. 134.)

appelons-la, si l'on veut, empoisonnement puerpéral (Hervieux), puerpérisme infectieux (Lorain), typhus puerpéral (Cruveilhier), miasme, contagion, etc.), et la lymphangite comme la phlébite seront bientôt créées.

A ces dispositions anatomiques normales et constantes, il faut encore joindre la contusion et la déchirure habituelles chez les primipares du col de l'utérus, de la fourchette et du périnée. Comment expliquer, maintenant, la fréquence plus grande de l'angioleucite relativement à la phlébite, et l'apparition plus tardive de cette dernière? Ainsi que nous l'avons dit, il est infiniment probable que le génie épidémique a une certaine influence sur la variabilité des manifestations puerpérales. Dans les services de chirurgie, ne voit-on pas, selon la constitution nosocomiale, régner tantôt l'érysipèle, tantôt l'angioleucite, tantôt la phlébite et l'infection purulente? Néanmoins, surtout si nous admettons que la lymphangite utérine s'accompagne le plus souvent de péritonite, il y a entre la phlegmasie des veines et celle des vaisseaux blancs une différence telle, au point de vue de la fréquence, qu'il faut chercher ailleurs la cause d'une disproportion aussi marquée.

Après l'expulsion du fœtus et du placenta, le tissu de l'utérus revient peu à peu sur lui-même, aplatit les vaisseaux sanguins et oblitère plus ou moins complètement leur cavité. Cette oblitération est, en outre, éminemment favorisée au niveau des orifices béants déchirés par le décollement placentaire, par la coagulation sanguine. Le caillot, d'abord mou, rougeâtre, se décolore et se durcit pour subir plus tard des transformations variables suivant les cas. La formation de coagulations semblables doit plus difficilement avoir lieu dans les vaisseaux lymphatiques si l'on considère l'activité très-grande dont tout le système lymphatique utérin doit jouir après l'accouchement. On conçoit, dès lors, que les agents irritants ou septiques agissent plus directement sur ce dernier. Telle est, croyons-nous, la cause principale de la plus grande fréquence de l'angioleucite.

Quant à la rapidité des manifestations inflammatoires, on comprend également qu'elle diffère, suivant que le travail phlegmasique exerce son action sur les veines ou sur les lymphatiques. Ne savons-nous pas qu'il suffit de quelques heures pour que l'introduction d'une matière septique détermine des traînées d'angioleucite, l'engorgement ou l'inflammation des ganglions correspondants? La marche envahissante du principe delétère n'est momentanément arrêtée que dans le parenchyme ganglionnaire. Nous savons aussi, maintenant, qu'un poison septique, parti de la muqueuse utérine, devra, avant d'arriver aux ganglions, traverser le système lymphatique intermusculaire et sous-péritonéal de l'utérus, ainsi que les gros lymphatiques des ligaments larges. Dans tout ce trajet, il pourra rapidement et violemment agir non-seulement sur les vaisseaux qui le contiennent, mais encore par l'intermédiaire de ces derniers sur les tissus voisins. La physiologie pathologique nous apprend, au contraire, qu'un des premiers effets de l'inflammation veineuse, est la coagulation du sang. Si à cela nous ajoutons que, à l'état physiologique, les orifices des sinus utérins sont déjà oblitérés par des caillots sanguins, ne sommes-nous pas autorisé à admettre que la propagation inflammatoire doit être ici beaucoup moins rapide? Ne faudra-t-il pas un certain laps de temps pour que le caillot se ramollisse, devienne purulent, permette à la phlegmasie de s'étendre et au pus de se mêler avec le sang? Que ce soit le caillot décomposé qui irrite les parois veineuses on que ce soit la phlébite qui détermine la décomposition et la purulence du caillot, les effets de la désagrégation et de la suppuration du coagulum ne doivent-ils pas être plus lents à se produire que ceux d'une inflammation lymphatique?

Pathogénie des lésions concomitantes.

Nous sommes loin de penser que toutes les lésions, précédemment étudiées, doivent être considérées comme des conco-

mitances obligées de la lymphangite et de la phlébite utérines. Une manière de voir aussi absolue serait en contradiction com plète avec un certain nombre de faits dans lesquels chacune de ces diverses manifestations puerpérales a été rencontrée seule ou tout au moins sans aucune lésion de la matrice. Aussi notre unique but, dans cette étude pathogénique, est de démontrer que la suppuration des veines et des lymphatiques peut, dans les cas où elle existe avec ces complications, en être regardée comme le point de départ. En d'autres termes, nous avons cherché à établir que la puerpéralité n'est pas régie par des lois spéciales et que, en dehors de l'état puerpéral, la purulence des veines et des lymphatiques utérins peut s'accompagner de désordres tout à fait semblables à ceux que l'on rencontre chez les femmes en couches.

La lymphangite et la phlébite, considérées à un point de vue général, peuvent déterminer des lésions par trois mécanismes bien distincts : 1° par voie de continuité; 2° par voie de contiguité ou de voisinage; 3° par altération du sang. Examinons s'il est possible de ranger sous l'un ou l'autre de ces trois chefs les diverses altérations que nous avons vues accompagner la suppuration des vaisseaux utérins.

1° *Lésions par voie de continuité.* — Dans ce groupe nous comprendrons, d'une part, la lymphangite pelvi-abdominale et l'engorgement ou la suppuration des ganglions auxquels se rendent les lymphatiques de l'utérus; d'autre part, la phlébite des veines ovariques, tubaires, du plexus pampiniforme, des veines iliaques, des rénales et de la veine cave inférieure.

Ici se présente une question de la plus haute importance. Le pus contenu dans les vaisseaux lymphatiques sous-séreux de l'utérus ou des ligaments larges, peut-il pénétrer dans la cavité péritonéale et en produire directement l'inflammation? Ainsi que nous l'avons indiqué dans la première partie de ce travail, il est aujourd'hui parfaitement démontré que, chez cer-

LANE LIBRARY

tains animaux (lapin, chat, chien, etc.), la cavité de la séreuse communique, au moyen de fentes ou puits, avec les sacs lymphatiques de l'épiploon et du mésentère. Mais, jusqu'à ce jour, aucun histologiste n'est encore parvenu à constater de semblables ouvertures au niveau de l'utérus et des ligaments larges. Comme on a pu le voir, les résultats de nos propres recherches ont été également négatifs. Aussi, malgré la concomitance habituelle de la lymphangite et de la péritonite, le développement rapide, dans ces cas, de l'inflammation péritonéale, malgré la coexistence relativement plus rare de cette dernière avec la phlébite, tous faits qui semblent militer en faveur de ces communications, ne nous est-il pas permis de les invoquer et devons-nous considérer la péritonite comme une lésion produite par voie de contiguité ou de voisinage.

Pleurésie. — Lorsqu'on parcourt les nombreuses observations de pleurésie puerpérale publiées par les auteurs les plus divers, on ne tarde pas à s'apercevoir que l'inflammation des plèvres s'est accompagnée, dans beaucoup de cas, de péritonite généralisée. C'est ce que nous avons aussi constaté dans trois de nos autopsies. Frappé de cette coïncidence, nous nous sommes demandé quelle pouvait en être la cause? Ces deux altérations doivent-elles être regardées comme tout à fait indépendantes l'une de l'autre, comme deux manifestations différentes d'une maladie générale? Une autre explication nous paraît plus admissible.

« En parcourant l'excellente thèse de Charrier, dit M. Hervieux, j'y ai trouvé la mention d'un fait que je croyais avoir observé le premier et qui consiste dans la relation directe existant dans certains cas entre les pleurésies de la base et la péritonite diaphragmatique, soit périsplénique, soit périhépatique, soit même épiploïque. » Puis, citant le passage dans lequel

(1) Hervieux. *Loc. cit.*, p. 919.

LAMC LIBRARY

M. Charrier énonce le fait et en recherche la cause, M. Hervieux ajoute : « La question a été posée ; les éléments pour la résoudre sont restés insuffisants. »

Chez la femme, en dehors de l'état puerpéral et même chez l'homme, les cas de pleurésie consécutive à une péritonite généralisée sont loin d'être rares. Ainsi, nous lisons dans la thèse de notre excellent collègue, M. Foix (2) : « L'inflammation (péritonéale) se propage du côté des séreuses sus-diaphragmatiques ; ainsi se développent, par inflammation de voisinage, des pleurésies et des péricardites. Celles-ci peuvent être séreuses ou séro-adhésives... Lors même que l'abcès sous-diaphragmatique ne s'est ouvert ni dans la plèvre, ni dans le poumon, l'inflammation de la plèvre peut donner lieu à un épanchement purulent, comme le prouve l'observation 12 de M. Hilton Fagge. »

Nous lisons également dans la thèse de d'Espine (3) :

1° « Buhl trouva chez deux jeunes filles mortes huit jours après une opération d'épisiorrhaphie, de la gangrène du vagin, la dilatation ampullaire des lymphatiques, une péritonite purulente *généralisée* et une *double pleurésie purulente*.

2° Écrasement du col avec la chaîne, chez une jeune fille de 16 ans, pour un cancroïde. Morte sept jours après l'opération.

Autopsie. — La plaie avait une odeur gangréneuse. L'intérieur de l'utérus et la partie musculaire sont sains ; mais on trouve sur les deux côtés de l'utérus deux paquets de lymphatiques purulents. Péritonite purulente *généralisée ; double pleurésie*.

3° Une jeune mère de 17 ans, blessée après une première couche, se fait enlever une végétation en chou-fleur du vagin ; après l'ablation de la tumeur, on cautérise la plaie au fer rouge. Mort rapide. A l'*autopsie* : diphthérite de la plaie ; lymphan-

(1) Foix. Thèse de Paris, 1875, p. 18 et 19.

(2) D'Espine. Contribution à l'étude de la septicémie puerpérale, p. 107.

gite ; *péritonite purulente* et *pleurésie à exsudat purulent infect;* reins et foie fortement congestionnés.

Enfin, on trouvera plus loin deux observations non moins démonstratives : l'une empruntée à la thèse de Leteinturier ; l'autre que nous devons à l'obligeance de notre excellent collègue et ami M. Fourestié. Cette dernière est relative à un cas de pleurésie et de péricardite purulentes, consécutives à une plaie pénétrante de l'abdomen, chez un garçon de 16 ans.

Inversement, il peut arriver que l'inflammation se propage de le plèvre au péritoine. M. Caillette a rapporté, dans sa thèse inaugurale, plusieurs faits qui démontrent, d'une manière évidente, cette propagation. Cet auteur, après avoir rejeté ou déclaré insuffisantes les diverses théories qui avaient été émises pour l'expliquer, ajoute (1) : « Guidé par les données anatomiques nouvelles récemment mises en lumière par M. Ranvier, nous avons été amené à chercher dans le système lymphatique et dans sa disposition la raison et le mécanisme de l'extension phlegmasique, si bien que nous sommes arrivé à penser que, le plus souvent, l'inflammation se propageait de la plèvre au péritoine en suivant la voie lymphatique. »

Nous partageons complètement cette manière de voir ; et, nous appuyant sur les faits anatomiques étudiés dans la première partie de notre thèse, nous dirons : chez les femmes en couches, atteintes de péritonite généralisée, l'inflammation, partie du feuillet épithélial de la séreuse péritonéale, se propage ordinairement par les puits et les vaisseaux lymphatiques au feuillet épithélial de la séreuse pleurale. La plegmasie, dans ce cas, est produite par voie de continuité et non de contiguité de tissu.

2° *Lésions de voisinage.* — Le mécanisme qui préside au développement de toutes ces altérations est absolument le

(1) Caillette. Thèse de Paris, 1874, p. 31.

même, qu'elles aient pour point de départ l'angioleucite ou la phlébite utérines ainsi que la péritonite. Il consiste, dans tous les cas, en une extension de l'inflammation au tissu cellulaire ambiant et, par son intermédiaire, aux organes voisins. Ainsi prennent naissance : le plegmon diffus rétro-péritonéal, la salpingite, l'ovarite, le phlegmon des ligaments larges et les abcès pelviens. Ce mode identique de propagation inflammatoire nous explique la difficulté qu'il y a, dans un grand nombre d'observations, à bien préciser le rôle joué par la lymphangite, la phlébite et la péritonite, dans la production des désordres que nous venons de mentionner. Cependant, de l'analyse des faits les plus simples, il semble résulter que le phlegmon purulent diffus sous-péritonéal dépend, généralement de l'angioleucite ou de la péritonite concomitante ; que l'ovarite, la salpingite, le phlegmon des ligaments larges et les abcès iliaques peuvent être le résultat tantôt de la phlébite, tantôt de l'angioleucite, tantôt enfin de la péritonite.

3° *Lésion par altération du sang.* — L'altération du sang produit-elle des lésions différentes suivant que l'infection a lieu par le système lymphatique ou par le système veineux? Les expériences sur les animaux nous apprennent que l'injection d'un liquide septique *filtré*, dans le tissu cellulaire ou dans les veines, détermine des accidents particuliers et complètement distincts de ceux que l'on obtient lorsqu'on injecte, dans les veines, des solutions non filtrées et contenant des particules solides (Gaspard, Sédillot, Billroth, etc.). Les premiers constituent la *septicémie ;* quant aux seconds, on les connaît depuis longtemps sous le nom d'accidents pyohémiques. Or, les liquides en circulation dans le système lymphatique doivent, avant d'arriver dans le sang, traverser un ou plusieurs ganglions, sortes de filtres vivants, comme dit Cruveilhier, ou les liquides peuvent se débarrasser des particules solides qu'ils contiennent. On peut donc, en théorie, considérer la pyohémie

comme indépendante de l'infection lymphatique et regarder la septicémie comme tributaire à la fois de l'empoisonnement du sang par les veines et par les vaisseaux lymphatiques.

Les observations cliniques concordent complètement avec les faits expérimentaux. Chez les nouvelles accouchées, tandis que l'infection purulente coïncide toujours avec la suppuration des veines de l'utérus, les accidents septicémiques se rencontrent le plus souvent avec la lymphangite utérine, mais aussi avec l'inflammation des veines.

Chez les blessés, les choses se passent-elles d'une manière différente? M. le professeur Verneuil, s'appuyant sur les faits expérimentaux dont nous venons de parler, n'a-t-il pas établi, dans deux remarquables discours académiques, (1) que la septicémie peut exister, indépendamment de l'infection purulente et que celle-ci n'est qu'une conséquence fortuite de celle-là :

« L'infection purulente n'est point une maladie spéciale, mais seulement une terminaison de la septicémie; c'est l'empoisonnement, plus des lésions fortuites surajoutées qui, par leur nature et par leur siége, aggravent le pronostic jusqu'à le rendre presque inévitablement mortel. »

(1) Verneuil. Bulletin de l'Académie de médecine, t. XXXIV, page 765, séance du 8 juin 1869, du 5 et du 25 avril 1871.

TROISIÈME PARTIE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA LYMPHANGITE ET DE LA PHLÉBITE UTÉRINES

Il ne suffit pas d'avoir fait connaître les caractères anatomiques propres à la lymphangite et à la phlébite utérines, d'avoir rapidement indiqué les diverses altérations dont chacune d'elles peut être le point de départ; nous devons encore rechercher si, par une étude attentive du début, de la marche et des symptômes de ces deux affections, il est possible, au lit des malades, de les distinguer l'une de l'autre.

La plupart des auteurs, qui ont écrit sur les maladies des femmes en couches ont considéré cette question de diagnostic comme très-difficile sinon impossible à résoudre, « Les symptomes locaux et généraux de l'angioleucite puerpérale, dit M. Hervieux, étant exactement les mêmes que ceux de la phlébite, du moins en ce qui concerne les vaisseaux de l'utérus et du bassin, il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de différencier sur le vivant ces deux affections. Se produisant dans les mêmes conditions, sous les mêmes influences, affectant les mêmes formes, les mêmes allures, et étant susceptibles des mêmes combinaisons et des mêmes terminaisons, elles ont le même degré de gravité et réclament les mêmes moyens de traitement. (1)

Quelques observateurs, cependant, ont émis une opinion beaucoup moins absolue. Nous citerons parmi eux, MM. Nonat, Botrel et surtout M. Témoin qui, dans sa thèse inaugurale, s'exprime en ces termes : « Il est souvent très-difficile de pou-

(1) Hervieux. *Loc. cit.*, p. 809.
(2) Témoin. *Loc. cit.*, p. 40.

voir différencier pendant la vie, les formes d'affections puerpérales que nous avons décrites (phlébite, lymphangite, métro-péritonite). Cependant nous pouvons dire que, dans l'épidémie que nous venons de parcourir, les symptômes ont offert des différences assez tranchées pour qu'on pût asseoir un diagnostic qui, le plus souvent, fut certifié par l'autopsie.» Puis, l'auteur fait de ces trois affections une étude comparative assez exacte mais incomplète.

La question en était restée là, lorsque M. Siredey vint combler ces lacunes et prouver la possibilité d'établir avec netteté et précision le diagnostic de la lymphangite et de la phlébite-utérines. (1) Presque en même temps le docteur Chiarleoni, sans avoir connaissance du mémoire de M. Siredey, émettait la même opinion en l'étayant de quelques observations (2) « Di alcuni dati clinici et anatomo-pathologici relativi alla diagnosi differenziale fra la flebite et la linfangite-utérina. » Tels sont les travaux qui nous ont servi, avec nos propres observations, à tracer les caractères propres des deux affections.

Début. — *La lymphangite* se montre très-peu de temps après l'accouchement et, en général, du premier au quatrième jour; la *phlébite*, du cinquième au dixième et quelquefois plus tard.

Frisson. — Il signale ordinairement le début des deux maladies; dans *l'angioleucite*, il apparait de très-bonne heure, est le plus souvent unique et peut même manquer. Dans la *phlébite*, il est beaucoup plus tardif, multiple et constant.

Dans les deux affections, son intensité est variable : très-violent et d'une longue durée (15 à 30 minutes) dans la phlébite, et suivi, de sueurs profuses, il fait place à un état d'apyrexie complète. Plus court et moins intense dans la *lymphangite*, il est le prélude d'un état fébrile continu.

(1) Siredey. *Loc. cit.*, p 262 et suiv.

(2) Chiarleoni. Osservazioni di termometria clinica nello stato puerperale. Tesi di concorso. Torino, 1875, p. 50.

Douleur. — Elle présente des caractères bien différents dans les deux cas :

Dans l'angioleucite, elle est constante, survient de bonne heure, le plus souvent en même temps que le frisson, quelquefois avant, quelquefois après. C'est une douleur spontanée, très-vive à la moindre pression; superficielle et limitée à tout le bord de l'utérus, elle envahit ensuite, d'une manière plus ou moins rapide, toute la zone sous-ombicale et se généralise souvent pour se confondre avec la douleur de la péritonite concomitante.

Dans la phlébite, la douleur manque souvent; quand elle existe, elle se localise vers les angles de l'utérus et ne s'étend pas au péritoine; très-profondément située, il faut, pour la rendre manifeste, la provoquer par des pressions méthodiques et bien dirigées sur le point d'élection.

(1) Lymphangite utérine. — Péritonite.

Pouls. — « De toutes les fonctions, a dit notre regretté maître Lorain, celle de la circulation est la plus troublée par l'acte

de l'accouchement. Le pouls des femmes en couches a des caractères tout à fait différents de ceux qu'on est habitué à reconnaître comme indiquant l'état physiologique. Ces caractères sont :

La lenteur,

L'amplitude très-grande,

La verticalité de la ligne systolique,

Le plateau du sommet.

La fièvre modifie nécessairement la plupart de ces caractères.» (1) Dans la *lymphangite* (voir courbes 1 et 2) ; le pouls est remarquable par sa marche régulièrement ascendante du commencement à la fin de la maladie. Modérément accéléré au début, plein et dur, il devient ensuite petit, mou, misérable et d'une excessive fréquence.

Dans la phlébite (voir courbe n° 3) la marche du pouls est beaucoup plus irrégulière; du matin au soir ou du soir au matin,

(2) Lymphangite utérine. — Péritonite.

(1) Lorain. Le pouls, ses variations et ses formes diverses dans les maladies. Paris, 1870, p. 185.

le nombre des pulsations peut extrêmement varier. Il est, en général, fort, large, dicrote et irrégulier. Ce n'est qu'aux approches de la mort qu'il devient filiforme et presque imperceptible.

Température. — Le thermomètre nous fournit également des renseignements précieux pour le diagnostic.

Dans la lymphangite, la température atteint d'emblée un degré assez élevé, présente de faibles oscillations pendant toute la durée de la maladie, pour monter ou s'abaisser légèrement quelques heures avant la mort. Selon l'expression imagée de Lorain, la température marque le pas pendant que le pouls s'élève de plus en plus. Lorsqu'on trace les deux courbes sur des feuilles à température, disposées de façon que le chiffre 160 (pouls) se trouve en regard du chiffre 42 (température); on

(3) Phlébite utérine. — Infarctus pulmonaires (1).

14 Frissons dans le cours de la maladie.

(1) Courbe tracée d'après l'observation 83 de la thèse du Dr Chiarleoni.

obtient une intersection constante dans les cas mortels (Lorain). C'est le pouls qui donne la mesure de l'intensité de la maladie.

Dans la phlébite, au contraire, la température affecte un type rémittent bien marqué. Elle monte progressivement, arrive à son maximum pendant l'accès fébrile puis redescend pour s'accroître et baisser encore, présentant entre les périodes de rémission et d'exacerbation des différences d'un ou même de plusieurs degrés (Siredey). Assez souvent, des températures normales ou sous-normales alternent avec des températures considérables ou hyperpyrétiques.

Le pouls suit, en général, les fluctuations de la chaleur.

Facies. — L'altération des traits est un symptôme commun aux deux maladies : dans la première période de l'*angioleucite*, le visage est animé, l'œil brillant, les pommettes rouges; puis, dès que surviennent les douleurs péritonitiques, le nez s'effile, la face se grippe, le visage devient pâle, les yeux s'enfoncent dans l'orbite et s'entourent d'un cercle noir, le regard s'éteint ou devient fixe et la physionomie exprime un état d'oppression, d'indifférence complète.

Dans la phlébite, le visage est pâle dès le début, les lèvres décolorées, les traits profondément altérés; mais la face est moins grippée et la peau présente un aspect terreux, jaunâtre, subictérique.

Langue. — Blanche, large, humide dans les premiers jours de la *phlébite*; elle se sèche plus tard, et devient souvent le siége de muguet.

Dans l'*angioleucite*, elle est rouge, luisante sur la partie médiane et à la pointe, humide et chargée vers les bords, devenant rouge et sèche dans tous ses points, dans les derniers jours de la maladie (Témoin).

Ventre. — La tympanite est un symptôme constant de l'*angioleucite*; le ventre est souple, aplati et déprimé, dans *la phlébite*.

Troubles cérébraux. — Nuls ou peu marqués dans la *lymphangite*, ils s'accusent, dans *la phlébite*, par de l'agitation, du

délire et un état d'assoupissement alternant avec ces phénomènes d'excitation nerveuse.

Marche et durée de la maladie. — Dans la *phlébite* la durée varie de deux à plusieurs semaines. Dans l'*angioleucite*, elle est de cinq à onze jours. M. Siredey (1) a publié un cas où la mort est survenue cinquante-deux heures après l'accouchement; Grisolle (2), l'aurait vue survenir au bout de dix heures.

Tels sont les principaux caractères distinctifs des deux affections, dans les cas où elles existent isolément et où elles se terminent par la mort. Mais il arrive quelquefois que la suppuration des lymphatiques utérins coexiste avec celle des veines. Dans ces circonstances, le diagnostic offre beaucoup plus de difficulté. Néanmoins M. Siredey est parvenu à l'établir d'après les caractères suivants (3) :

« Dans la première période de la maladie, les symptômes sont ceux de la lymphangite. Comme nous l'avons dit, celle-ci s'annonce par un frisson, un état fébrile violent, et une douleur vive paraissant dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'accouchement. Puis bientôt la péritonite concomitante domine la scène. Plus tard, généralement après six à huit jours, si de violents frissons se manifestent en même temps que de véritables accès fébriles irrégulièrement intermittents, séparés par des rémissions d'une durée variable, on devra penser aux développement simultané d'une phlébite. D'ailleurs la marche de la maladie apporte chaque jour de nouveaux signes qui caractérisent de plus en plus l'infection purulente. Ainsi, quand la lymphangite coexiste avec la phlébite utérine, on observe les signes de l'une et l'autre affection avec cette particularité que la première période de la maladie semble appartenir à la lymphangite et la seconde à la phlébite. »

L'issue des deux maladies n'est pas constamment fatale.

(1) Siredey. *Loc. cit.*, p. 269.
(2) Grisolle. Traité de pathologie interne. Paris, 1865, p. 582.
(3) Siredey. *Loc. cit.*, p. 267 et 268.

Lorsque la terminaison doit être favorable, on voit, dans la lymphangite, la douleur diminuer d'intensité et se localiser ; le pouls se ralentit, la température baisse, le météorisme tend à disparaître, le facies devient meilleur, et il ne reste plus, comme reliquat de la maladie, qu'une inflammation péri-utérine plus ou moins circonscrite.

Dans la phlébite, deux phénomènes particuliers annoncent l'amélioration ; les frissons deviennent de plus en plus espacés, et des collections purulentes, qu'on peut qualifier de critiques, se forment dans divers points de la périphérie du corps.

Quant au traitement, nous nous contenterons de rappeler les mesures prophylactiques proposées dans les conclusions du congrès de Bruxelles :

1° Une réforme médicale est urgente dans le système actuel des services de femmes en couches ;

2° L'abandon complet du système des grandes maternités ;

3° Le remplacement des grandes maternités, avec école d'accouchements pour l'enseignement, par des petites maisons d'accouchements à chambres séparées ;

4° La création d'une maison de rechange placée dans le voisinage de la maternité, mais avec direction médicale et administration séparées ;

5° Etendre, autant que possible, l'assistance à domicile, en fournissant aux femmes enceintes et aux accouchées des secours de toute nature.

6° L'accouchement au domicile des sages-femmes aux frais de la commune et sous la surveillance des médecins, doit donner les moyens de restreindre le nombre des accouchements dans les maternités et les hôpitaux et d'en diminuer la mortalité. Cette mesure, désirable en temps normal, s'impose comme nécessité en temps d'épidémie.

OBSERVATIONS

Voici tout d'abord, deux exemples de lymphangite utérine telle qu'on la rencontre le plus ordinairement :

Obs. I (personnelle). — Lymphangite utérine ; ganglions lombaires hypertrophiés épanchement séro-purulent dans le péritoine.

Renard (Philomène), 21 ans, cuisinière; bonne constitution, primipare, entre à l'hopital de la Pitié (Service du professeur Lorain), salle Notre-Dame, n° 6, le 6 février 1875.

Dernières règles le 5 mai; bonne grossesse; rupture de la poche des eaux, le 6, dans la soirée. Présentation du sommet; accouchement naturel, le 7, à deux heures du soir, d'un garçon ne pesant pas tout à fait 3 kilogr. Délivrance naturelle.

Le 8, matin. La malade vient d'avoir, sans cause connue, un frisson assez violent avec claquement de dents d'un quart d'heure environ de durée. Un peu avant, elle avait éprouvé des nausées et avait même vomi quelques gorgées de liquide.

Face rouge, vultueuse, yeux brillants.

Ventre non ballonné ; l'utérus remonte assez haut, et la pression développe sur son bord droit une douleur assez vive.

Miction, le matin ; pas de selle. P. : 112 ; T. V. : 39, 4.

Eau-de-vie, vin, bouillons.

Le 8, soir. La malade se plaint de douleurs vives dans le bas-ventre. Une pression légère est douloureuse dans toute la zone sous-ombilicale. Celle-ci est le siége de deux tumeurs nettement séparées par une dépression linéaire, et dirigées l'une à droite et l'autre à gauche ; la première est constituée par l'utérus qui remonte jusqu'au niveau de l'ombilic ; la vessie distendue forme la seconde, qui disparaît après le cathétérisme. L'utérus redescend immédiatement de trois travers de doigt environ. P. 128 ; T. 40, 1.

Le 9, matin. Excitation toute la nuit; insomnie, vomissements incessants, verts, porracés; profonde altération des traits. Langue rouge au milieu et à la pointe ; bords couverts d'un enduit blanc-jannâtre.

Ventre ballonné et très-douloureux à la pression.

Seins non gonflés ; lochies très-peu abondantes ; miction facile ; pas de selle. P. 132 ; T. 39, 8.

Collodion ricin sur le ventre; glace, eau de Seltz, eau-de-vie, vin, bouillon.

Le 9, soir. Vomissements continuels, abdomen très-météorisé, respiration accélérée. P. 160, T. 40, 6.

Le 10 matin. Sueurs abondantes dans la nuit. Face grippée, voix éteinte, hoquet. Extrémités froides; nausées, vomissements porracés. Pas de trouble intellectuel. P. 150; T. 40, 1.

Traitement, ut suprà.

Le 10, soir. Le pouls radial est à peine sensible; il fuit sous le doigt. 166 pulsations.

T. 40,8. La respiration est très-fréquente.

Facies hippocratique de plus en plus prononcé; pâleur du visage; nez effilé; yeux caves; état de stupeur. La malade ne témoigne aucune souffrance lorsqu'on appuie sur les parois abdominales.

Mort à huit heures du soir.

Autopsie : trente-huit heures après la mort.

Marbrures lie-de-vin disséminées sur le tronc et les membres.

Le ventre est énorme et rend un son tympanique. Les parois abdominales incisées, on voit les anses intestinales très-distendues par des gaz et parcourues d'arborisations vasculaires très-nombreuses. État poisseux de la séreuse, sans fausses membranes ni adhérences.

Le petit bassin contient un litre et demi environ d'un *liquide séro-purulent* dans lequel nagent des flocons blanc-jaunâtre.

L'*utérus* est volumineux, flasque et recouvert sur ses deux faces de quelques fausses membranes blanchâtres et très-peu épaisses. Au niveau des angles et des bords, se dessinent, au-dessous de la séreuse, des *lignes d'un blanc-jaunâtre, sinueuses, alternativement renflées et rétrécies*, et se dirigeant vers cette portion des ligaments larges qui est limitée en haut par le ligament de l'ovaire; en bas, par la trompe. La section de ces cordons en fait sourdre un pus séreux et blanchâtre. A gauche, les vaisseaux lymphatiques ne peuvent pas être suivis au-delà des bords de l'utérus; à droite, on les voit se prolonger dans le ligament large, où ils accompagnent en arrière les vaisseaux ovariques. Il nous est impossible de les suivre jusqu'aux ganglions lombaires, que nous trouvons hypertrophiés, mais sans aucune trace de pus.

Le *col de l'utérus* présente à droite une légère déchirure. Les veines du col sont remplies d'un sang coagulé; les lymphatiques ne sont pas apparents.

La *surface interne de l'utérus* est grisâtre; sur la face postérieure et à droite, on reconnaît l'insertion placentaire à une saillie mamelonnée, d'aspect brunâtre. A la coupe, sinus utérins parfaitement sains.

L'*ovaire* et le *pavillon de la trompe*, du côté droit, sont tapissés de fausses membranes assez épaisses; l'ovaire est infiltré de sérosité; la

trompe contient du pus dans son tissu externe. A gauche, ces organes paraissent sains. Congestion de la base des *deux poumons*.

Les autres organes ne présentent rien de particulier.

Obs, II. (Extraite du mémoire de Duplay, *Arch. gén. de médecine*, 1875, t. VII p. 299.) — Métro-péritonite; ramollissement de l'utérus; épanchement séro-purulent dans le péritoine; pus dans les vaisseaux lymphatiques, mais seulement jusque dans l'épaisseur des ligaments larges; simple rougeur des ganglions lymphatiques.

Jeanne-Claudine Rev..,, âgée de 33 ans, domestique; brune, d'un tempérament sanguin, était enceinte pour la quatrième fois. Ses grossesses antérieures avaient été heureuses. Pendant la dernière, elle éprouve des douleurs dans l'abdomen et de l'oppression; on la saigne à six mois, et elle entre vers la fin de janvier à l'hospice de la Maternité, où elle accouche le 20 avril. Le travail ne présente rien de particulier; mais, le jour même, frisson, fièvre, douleurs assez vives dans l'abdomen, surtout à l'hypogastre (40 sangsues; cataplasmes; bains de siége).

Pendant la nuit, douleurs lombaires très-vives; fièvre; lochies très-peu abondantes et d'une odeur fétide.

Le lendemain, 3 avril, abdomen ballonné, très-douloureux à la pression, surtout à l'hypogastre; douleurs lombaires très-vives; respiration pénible; toux fréquente, répondant douloureusement dans tout l'abdomen; pas d'expectoration; pouls fort et fréquent (saignée du bras; looch blanc avec kermès; 40 sangsues à l'hypogastre; cataplasme émollient).

Pendant la journée, la malade éprouve un peu de soulagement; mais, pendant la nuit, les douleurs se réveillent. Le 4, la face est pâle, les traits sont tirés, la langue est sèche et rouge, la soif très-grande, le pouls petit et fréquent; la chaleur de la peau est vive; l'abdomen est très-douloureux à la pression: la respiration est pénible et difficile; la toux fréquente. Les lochies coulent, mais peu abondantes et d'une odeur désagréable (Mauve et violettes édulcorées; extrait de jusquiame et calomel; bain de siége; onguent napolitain; deux vésicatoires aux cuisses.)

Pendant la journée, douleurs toujours vives. Plusieurs vomissements, dans la matière desquels se trouvent plusieurs ascarides lombricoïdes; pendant la nuit, agitation extrême.

Le 5, face pâle, profondément altérée; teint légèrement jaunâtre; langue rouge et sèche; nausées fréquentes; abdomen toujours très-douloureux à la pression; pouls petit et fréquent; extrême anxiété; respiration courte, haletante.

L'auscultation et la percussion ne fournissent aucuns signes. Les lochies présentent toujours beaucoup de fétidité (orge, chiendent édulcoré, 2 pots; potion gommeuse avec magnésie; onguent napolitain; injection d'eau d'orge dans l'utérus). Pendant la nuit, vomissements nombreux, diarrhée très-forte; cinq selles en diarrhée.

Le 6 [illegible] sur le dos [illegible] [illegible] [illegible]

Les *veines utérines et ovariques* sont saines et ne renferment que du sang liquide.

Les *ovaires et les trompes* sont à l'état normal.

Nous pensons, avons-nous dit dans le cours de ce travail, qu'on a souvent pris sur le cadavre des lymphatiques en suppuration pour des veines purulentes. Nombreux sont les faits que nous pourrions citer à l'appui de notre opinion. Nous nous contenterons de publier ici deux observations extraites de deux thèses remarquables. En les comparant aux deux observations qu'on vient de lire et à celles de phlébite utérine qu'on trouvera plus loin, on pourra juger de la valeur de notre assertion.

Obs. III. (Extraite de la thèse de Thierry, Paris, 1868, p. 48.) — Péritonite générale d'emblée, se localisant dans l'excavation, puis s'étendant de nouveau à toute la séreuse ; mort ; autopsie : pus dans le péritoine, les sinus utérins, les ovaires, les ligaments larges.

L. M..., veuve M..., âgée de 23 ans, parfumeuse, entre le 13 février dans le service de M. Hardy.

Réglée à 14 ans et demie, depuis menstruation régulière ; première grossesse, dernières règles le 28 avril dernier.

Pendant les deux ou trois premiers mois, envies de vomir le matin en descendant du lit, dans la journée en se mettant à table ; œdème des membres inférieurs, varices de la saphène interne droite dans les deux derniers mois; pendant les cinquième, sixième et septième mois, épistaxis presque quotidiennes, peu abondantes ; cette femme en avait rarement avant d'être enceinte. Antérieurement à la grossesse, elle portait quelques plaques de pityriasis versicolor entre les seins ; dans les premières semaines, l'affection parasitaire s'est étendue à la partie supérieure de la poitrine. Un peu de lait dans les seins.

Rupture spontanée des membranes le 13 février, à sept heures et demie du soir ; les premières douleurs ne viennent qu'à minuit, le sommet se présente en O.I.D.P. ; le mouvement de rotation a lieu en arrière, l'occiput dans la concavité sacrée se dégage le premier à la vulve ; elle accouche le 14, à onze heures du matin, d'une fille à terme. La fourchette est déchirée, la face interne des petites lèvres est le siége de larges et profondes éraillures.

A quatre heures, 76 pulsations, coliques utérines fréquentes assez douloureuses.

Le 15, après avoir eu dans la première moitié de la nuit quelques douleurs dans le bas-ventre, elle est prise à trois heures du matin de froid à la

poitrine, le froid se généralise, en même temps sensation du chair de poule, trépidation musculaire, claquement de dents ; le frisson dure environ 25 minutes, la réaction s'établit facilement, la malade transpire et s'endort ; mais elle est bientôt réveillée par des douleurs dans le bas-ventre, douleurs devenant plus vives par instant, et s'étendant à tout l'abdomen. Ce matin le pouls est petit, à 152, la peau chaude et moite ; le thermomètre monte dans l'aisselle à 39°6.

Le ventre est tendu, légèrement ballonné, la vessie fait saillie au-dessus du pubis, repoussant l'utérus à gauche et au-delà de l'ombilic. De temps en temps douleurs spontanées à l'hypogastre, s'irradiant vers la région lomboire et dans tout l'abdomen ; donleurs réveillées par les secousses des mouvements et de la toux ; la pression de la paroi est partout également douloureuse. Les lochies coulent séro-sanguinolentes ; un peu d'œdème des grandes lèvres et du périnée. Les seins développés contiennent du colostrum ; elle n'allaite pas. La soif est vive, la respiration fréquente, à 30 par minute, la paroi abdominale ne se soulève que dans l'inspiration ; la face est grippée, comme revenue sur elle-même. La malade est immobile dans le décubitus dorsal, les jambes sont étendues.

30 sangsues ; julep opium 0,10 ; cathétérisme ; injections camphrées.

A quatre heures, les douleurs sont moins vives, le pouls est à 136; 38°,4 dans l'aisselle.

Le 16, les douleurs calmées pendant quelques heures sont revenues cette nuit et ont troublé le sommeil. Le pouls est à 132, vif, bondissant ; la peau chaude, à 39°2.

Le ventre ballonné est moins tendu qu'hier ; l'utérus est incliné à droite, à cinq travers du doigt au-dessus du pubis ; la pression est très-douloureuse sur l'organe et en dehors au niveau des fosses iliaques ; encore quelques élancements spontanés s'étendant du bas-ventre à tout l'abdomen. La miction est très-difficile, la malade n'urine que quand on la sonde ; les lochies sont abondantes, séro-sanguinolentes ; les plaies de la vulve présentent çà et là quelques points noirâtres ; l'œdème est le même. La langue est humide, blanche, la soif vive ; la respiration est descendue à 24. La face est pâle, contractée ; les yeux sont caves ; les veines sous-cutanées sont violacées et dilatées.

Même prescription sauf 20 sangsues.

A quatre heures, le pouls monte à 120, le thermomètre à 39.

Le 17. La malade a un peu dormi, se trouve mieux depuis la deuxième application de sangsues ; le pouls est à 124, dur, la température axillaire à 38°,8.

Le ventre est ballonné, les anses intestinales sont légèrement saillantes. La pression est toujours douloureuse au niveau des fosses iliaques et sur l'utérus, surtout dans sa moitié droite ; quand elle remue, quand elle tousse, cette femme éprouve des douleurs vives dans le bas-ventre ; elle a toujours besoin d'être sondée. Les lochies coulent un peu moins ; œdème des grandes

et petites lèvres et du périnée ; eschares molles, grisâtres à la commissure antérieure du périnée et à la face interne de la lèvre droite. Langue humide, sans enduit, soif modérée. La respiration est descendue à 22, la paroi abdominale se soulève dans l'inspiration, la face est pâle, moins abattue qu'hier.

Cataplasme laudanisé ; bagnols, 150 gr. ; julep opium, 0,10.

On continue le pansement et les injections avec l'alcool camphré.

C'est aujourd'hui jour de visite, elle a été fatiguée par les allées et venues, et contrariée de n'avoir pas vu les personnes qu'elle attendait. Ce soir, le pouls est à 140 ; la température axillaire à 39°7. Les douleurs abdominales sont plus vives.

Onctions avec l'onguent napolitain.

Le 18. la péritonite s'est généralisée ; il n'y a pas eu un instant de repos pendant la nuit. Le pouls est à 136, petit ; la peau sèche et chaude (39°,8).

Le ventre est tendu, les anses intestinales sont saillantes, le météorisme empêche de limiter l'utérus. La paroi est douloureuse à la pression, dans toute son étendue, surtout au-dessous de l'ombilic ; les mouvements et la toux déterminent également de vives douleurs dans le ventre. De temps en temps élancements douloureux partant du bas-ventre et s'irradiant dans l'abdomen. Les lochies coulent peu, sont séreuses, sans odeur. La miction est facile depuis hier soir ; plaques vulvaires grisâtres, molles, entourées d'une auréole rouge.

Les seins sont affaissés, flétris. La langue est rouge et humide ; renvois et hoquet fréquents depuis hier soir ; nombreux vomissements aqueux avec dépôts verdâtres survenant dès que la malade boit ; constipation. La respiration est fréquente, à 32, le diaphragme ne se déprime plus dans l'inspiration. L'intelligence est conservée ; la face est amaigrie ; le regard fixe ; les veines sous-cutanées sont dilatées, violacées, indolores. Immobilité dans le décubitus dorsal.

2 vésicatoires à la face interne des cuisses. Julep opium, 0,15 ; le reste ut suprà.

A quatre heures, muguet sur la langue, nombreux vomissements d'un vest plus foncé ; le pouls atteint 150, la température 40°,2.

Le 19, le ventre est très-ballonné ; quelques élancements douloureux dans la région lombaire ; même douleur dans les mouvements et la toux ; la pression, peu douloureuse au-dessous de l'ombilic, l'est beaucoup plus dans la région utérine. Les lochies peu abondantes, séreuses, ont un peu d'odeur ; eschares vulvaires noirâtres, entourées d'une auréole inflammatoire. Le muguet s'étend dans la cavité buccale, les renvois sont fréquents, le hoquet persiste ; les vomissements d'un vert porracé sont très-abondants, spontanés et provoqués ; ils sont moins pénibles, moins douloureux, selles involontaires depuis le matin.

Le pouls est à 124, petit ; la température axillaire à 39°,5, érythème vési-

culeux sur la paroi abdominale ; stomatite légère sans salivation, les vésicatoires ont bien pris. Les traits sont altérés, les yeux caves et cernés ; face est violacée, la peau a une teinte terreuse, les veines sous-cutanées sont moins saillantes. Oppression sternale, respiration à 34.

Même traitement, collutoire boraté, quart de lavement avec dix gouttes de laudanum.

A quatre heures, 128 pulsations, 40°,3 au thermomètre ; vomissements moins abondants ; diarrhée involontaire abondante.

Le 20, le pouls toujours fréquent monte à 132. La peau est chaude (39°,8.) Les douleurs spontanées sont rares ; la douleur est la même à la pression et dans les mouvements. Les lochies sont jaunâtres, muqueuses, sans odeur; les eschares vulvaires d'un gris noirâtre sont entourées d'un bourrelet induré douloureux ; sur la paroi de l'abdomen quelques vésicules de l'éruption mercurielle se sont rompues, laissant à découvert de petites ulcérations devenues grisâtres. La langue est humide, rouge, le hoquet rare ; les vomissements sont revenus cette nuit ; ils sont toujours d'un vert foncé ; il y a eu également plusieurs selles involontaires ; le muguet s'étend au pharynx, la stomatite est peu marquée. Oppression sternale, respiration à 36 ; la peau est terreuse, la face est jaunâtre, les lèvres sont violacées, les yeux sont enfoncés, fixes ; un peu de délire loquace.

Mêmes prescriptions.

A quatre heures, le pouls conserve la même fréquence.

Le 21, un peu de délire pendant la nuit. Il n'y a plus de douleurs spontanées. Les vomissements sont moins abondants ; les selles diarrhéiques le sont beaucoup plus ; elles sont brunâtres et fétides ; le pouls est à 140, très-petit ; la température à 39°,4.

Le 22, même divagation et délire pendant la nuit. Le pouls est filiforme, très-fréquent (156 pulsations), la peau couverte d'une sueur froide, visqueuse, la température axillaire à 39°,8 ; les ongles et les lèvres sont violacés, les veines sous-cutanées noirâtres, affaissées. Le ventre très-météorisé est moins tendu. La pression est un peu douloureuse au niveau de l'hypogastre ; il n'y a pas d'autres douleurs. Les lochies coulent peu, sont séreuses, jaunâtres ; même état des eschares vulvaires et de la paroi abdominale ; deux autres eschares superficielles sur la fesse droite et sur le sacrum. La langue est humide, rouge ; le muguet moins abondant sur la langue s'étend toujours au pharynx ; pas de hoquet ; quelques vomissements d'un vert porracé, venant sans effort par simple régurgitation ; selles involontaires noirâtres, nombreuses. La respiration est pénible, à 30 ; la face, très-amaigrie et cyanosée, a une teinte plombée. Un peu de divagation dans les idées ; cependant elle répond bien quand on fixe son attention.

A quatre heures, le pouls est presque insensible ; les vomissements cessent dans l'après-midi ; la diarrhée est moins abondante ; délire et mussitation pendant une partie de la nuit. La mort arrive le 23, à cinq heures du matin.

L'*autopsie* est faite le 24 à dix heures.

A l'ouverture de la paroi abdominale, il s'écoule une assez grande quantité de liquide séro-purulent contenant des flocons de même nature. Nous trouvons une injection du tissu cellulaire sous-péritonéal tant sur les viscères que sur la paroi, injection plus vive avec ecchymoses sur l'épiploon et les intestins ; la séreuse dépolie couverte d'un enduit poisseux ; des fausses membranes jaunâtres, les unes enroulées en flocons, tenues en suspension dans le liquide, les autres plus larges, étalées sur le diaphragme, le foie, la rate, les intestins, le mésentère ; les anses de l'intestin adhèrent entre elles par l'intermédiaire soit de l'enduit gommeux qui couvre la séreuse, soit de ces fausses membranes. L'excavation pelvienne est remplie de pus ; des fausses membranes épaisses sont disséminées sur l'utérus et ses annexes, la face postérieure de la vessie et les parois ; au-dessous de ces produits membraneux, on trouve à peine des traces de l'injection primitive et seulement au voisinage des trompes.

L'utérus mesure 14 cent. sur 11 ; il est ferme, dur, ses parois sont blanches. La face interne est tapissée par un mucus jaunâtre, épais. Le placenta est à la face postérieure près du fond : il est recouvert par deux plaques irrégulières, d'un gris noirâtre, peu adhérentes. *A ce niveau, on ne trouve pas de pus, les sinus sont obtitérés par des caillots fibrineux, anciens, adhérents.* Sur les parties latérales et inférieures de l'organe, la membrane interne des sinus présente une coloration rougeâtre, due probablement à l'imbibition ; la coloration existe sans épaississement, sans irrégularités ; elle ne va pas au-delà de la paroi de la veine. *Le long des bords et surtout à leur partie supérieure, on trouve de chaque côté de nombreux sinus avec les altérations suivantes : dilatations ampullaires de la cavité sans traces de valvules ; quelques-unes sont assez longues ; elles sont remplies par des dépôts purulents ; le pus est épais, jaunâtre, non étalé en membrane ; on voit cependant quelques flocons purulents qui parcourent plusieurs canaux non dilatés. La membrane interne correspondante est normale ; coloration blanche, surface polie et régulière, parois saines, non épaissies.*

Le col est violacé, sans infiltration purulente.

Les ovaires sont peu volumineux, ramollis ; on trouve de chaque côté une infiltration purulente du tissu de l'organe dans sa partie médullaire, près du bord inférieur, et de petits abcès du volume d'une grosse tête d'épingle au milieu des mailles de ce tissu. Dans l'ovaire gauche, petit foyer hémorrhagique, noirâtre, non enkysté. Pas de traces du corps jaune de la grossesse. Les trompes contiennent un liquide blanchâtre laiteux. *La membrane interne des veines utéro-ovariennes est d'un rouge livide ; cette coloration s'observe encore au delà du détroit supérieur ; les parois n'ont aucune autre altération, ces veines contiennent des caillots récents ; pas de traces de pus.*

Infiltration purulente diffuse du tissu cellulaire des ligaments larges à divers degrés de développement ; ici elle est sous forme d'une plaque d'un jaune verdâtre, irrégulière, non limitée, contenant un liquide louche, le pus

est infiltré ; là il est collectionné ; on voit de petits abcès déposés au milieu du réseau cellulaire. L'infiltration est étendue, entoure les veines utérines à leur sortie de l'organe ; à ce niveau, près du col, nous avons trouvé un *peu de pus tout à fait à la superficie de l'utérus, non dans les sinus*, mais au milieu même des fibres musculaires. Rien dans les lymphatiques pelviens ; les ganglions lombaires sont sains.

Rougeur de la muqueuse de la fin de l'intestin grêle ; foie gras, volumineux ; rate ramollie, diffluente ; congestion hypostatique de la base des poumons encore perméables à l'air. Dans le cœur droit et l'artère pulmonaire, le sang est liquide, d'une couleur sépia. Les veines, qui pendant la vie étaient violacées, saillantes, présentent après la mort une coloration rougeâtre, bornée à leur membrane interne. Pas d'abcès métastatiques.

Obs. IV. — Extraite de la thèse de Billoir (Paris, 1857), p. 44.

H..., 25 ans, accouchée, le 5 novembre, de son troisième enfant. Accouchement facile, pas d'hémorrhagie ; frisson léger après la délivrance.

Le 6 novembre, 92 puls. ; a bien dormi ; quelques coliques qui ont été suivies de l'expulsion de caillots ; lochies rouges ; utérus douloureux, surtout sur le côté droit, où l'on sent une petite saillie arrondie, 12 c., 12 c. ; le lait n'est pas monté. 15 sangsues ; 2 bains, 2 portions.

Le 7. 120 pouls ; peau chaude ; ne souffre plus dans le bas-ventre ; le lait est monté sans fièvre ni frisson ce matin, vers huit heures ; pas d'appétit ; n'a pas été à la sellé depuis son accouchement. 15 grammes d'huile de ricin ; une portion.

Le 8. 116 pouls ; peau chaude ; a eu hier soir un frisson assez intense, accompagné de tremblement des membres ; a dormi la nuit ; n'a éte qu'une seule fois à la selle ; ventre souple. Utérus, 10 c., 10 c. ; la palpation y fait naître des douleurs assez vives de chaque côté. Pas d'appétit ; soif vive ; langue blanche, humide ; 40 sangsues.

Le 9. 132 puls. ; a vomi la nuit ; piqûres de sangsues ulcérées, douloureuses ; diarrhée ; lochies peu abondantes ; le lait n'est pas monté ; appétit nul, soif vive ; pas de céphalalgie ; lochies peu abondantes ; 2 quarts de lav. laud. Sydenham.

Le 10. 128 pouls ; ventre souple, indolent ; utérus 10 c., 10 c. ; diarrhée abondante. Vésic. sur le ventre.

Le 11. pouls petit, tremblotant ; face jaunâtre, voix éteinte ; n'a pas vomi ; ventre ballonné, mais non tendu, non douloureux ; respiration pénible.

Mort dans la matinée du 12.

Le 13. *Autopsie* à dix heures du matin. Epanchement de pus peu abondant dans le péritoine utérus 18 c.. 18 c. Ovaire gauche volumineux, recouvert de fausses membranes et présentant des ecchymoses ; trompe gauche du volume du petit doigt, sa cavité contient du pus. Au-dessous de cette trompe, on trouve dans le ligament large, *deux petits foyers purulents qui*

siégent dans les veines utérines dilatées en ampoule. Au niveau des insertions des trompes, sinus utérins distendus par du pus; on en trouve aussi à la jonction du corps avec le col. Cavité utérine contenant un peu de liquide, d'odeur fétide; face interne tapissée par une fausse membrane réticulée, verdâtre. Le tissu utérin n'est pas ramolli.

Obs. V (personnelle). — Phlébite utérine; pleurésie purulente; abcès métastatiques pulmonaires.

Mergey (Adèle), 23 ans, conturière, née à Rouen, célibataire, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Anne n° 14 (service de M. le Dr Siredey), le 5 janvier 1874. Bonne constitution; pas de maladie antérieure, premières règles à 13 ans; d'abord très-régulières; elles se suppriment, sans cause connue, pendant huit mois à l'âge de 14 ans. Puis la menstruation se rétablit avec une parfaite régularité tous les mois, pendant cinq jours, sans douleurs ni coliques.

M. est primipare; a joui d'une assez bonne santé pendant ses grossesses. Les seules incommodités de cette gestation ont consisté en fréquents maux de tête.

Accouchement naturel, le 5 janvier à neuf heures du soir d'une fille de 3 k., 050; présentation des pieds, délivrance naturelle, pas d'hémorrhagie.

Dans la nuit du 8 au 9, montée du lait; céphalalgie assez vive qui persiste jusqu'au 13. Néanmoins, pas de frisson, pas de douleur abdominale; pas de nausées; miction facile. Mais le 13 (huitième jour de l'accouchement) à 1 heure de l'après-midi, frisson violent, durant 15 à 20 minutes. La malade passe dans la salle Ste-Geneviève, n° 10.

Le 14, matin. A eu, pendant la nuit, un nouveau frisson qui a duré environ dix minutes, le visage est pâle ; les traits sont altérés. P. 128 à 130.

Sulfate de quinine 1 g. 50.

Soir. Vers 2 h. de l'après-midi, troisième frisson très-intense (20 minutes); puis, chaleur et sueurs abondantes.

Le 15 matin. La malade n'a pu dormir cette nuit; elle vient d'avoir un quatrième frisson de 25 minutes environ. P. 128 ; T. 40°,8.

Soir. Vers deux heures de l'après-midi, cinquième frisson de dix minutes. A six heures, P. 11 ; T. 39°,7. Aucune douleur dans le ventre; pas de nausées, pas de vomissements.

Le 16 matin : sixième frisson dans la nuit. Un peu d'oppression. Rien dans la poitrine. L'utérus est bien revenu sur lui-même, pas de douleur abdominale. P. 104; T. 38°,2.

Sulfate de quinine : 1 gr. 50.

Soir. septième frisson après la visite du matin, et un huitième à deux heures. P. 130; T. 40, bourdonnements d'oreilles, surdité due au sulfate de quinine.

Le 17 matin : langue blanche, humide ; constipation ; gêne de la respira-

tion. Il semble que le murmure vésiculaire s'entende moins bien à gauche qu'à droite. Rien à la percussion. P. 94; T. 39°, 3.

Potion de Todd; sulfate de quinine; lavement avec miel de mercuriale à 60 gr.

Soir. La malade accuse un violent point de côté, à gauche. Respiration évidemment plus faible à la base gauche, pas de matité à la percussion. P. 106; T. 40°, 1.

Le 18. matin: même état. P. 108; T. 41°,3.

Sulfate de quinine: 1 gr. 50, 10 ventouses scarifiées sur le point douloureux; injection hypodermique de morphine.

Soir: P. 112. T. 40°,1.

Le 19 matin, la malade a eu trois frissons, depuis hier soir. Douleur très-vive dans le côté gauche et dans la région dorsale. Grande pâleur du visage et profonde altération des traits. Yeux caves. Conjonctives jaunâtres. Affaiblissement du murmure vésiculaire à gauche; un peu de diminution du son à la base du même côté. P. 120; T. 40°.

Soir: douzième frisson vers deux heures, douleur toujours vive au niveau des fausses côtés gauches. P. 126; T. 39°,1.

Le 20, matin: treizième frisson, au moment où nous arrivons au lit de la malade, langue sèche, traits altérés. P. 172; T. 40°, 9.

Injection hypodermique de morphine.

Soir: plusieurs vomissements après l'injection. P. 156; T. 40, 6.

Le 21, matin; quatorzième frisson, la nuit dernière; coloration subictérique de la peau; P. 128; T. 40°,3.

Soir: un quinzième frisson dans la journée; langue très-rouge, selle involontaire. Respiration très-fréquente. P. 140; T. 40°, 4.

Le 22, matin: dyspnée plus grande; toux très-douloureuse; pas d'expectoration. Souffle et égophonie à la base gauche; vibrations thoraciques diminuées et presque abolies à ces niveaux; matité très-prononcée. P. 132; T. 40°, 1.

Vésicatoire et sulfate de quinine: 1 gr. 50. Café avec extrait mou de quinquina: 2 gr.

Soir: P. 150; T. 40°, 4; faiblesse excessive.

Le 23. Strabisme; traits profondément altérés; l'articulation des mots est impossible. P. 160; T. 41°, 2.

La mort survient à dix heures du soir.

Autopsie trente-quatre heures après la mort.

Le ventre n'est pas ballonné. Il n'existe aucune trace de péritonite.

L'utérus est bien revenu sur lui-même. Sa surface extérieure ne présente aucune traînée blanchâtre, comme dans les cas de lymphangite. Une coupe superficielle des parois utérines ne laisse voir aucune trace de pus dans les lymphatiques; mais, en pénétrant plus profondément, on trouve les veines et les sinus de la paroi antérieure, et surtout à gauche, remplis d'un pus sanieux, rougeâtre et mal lié. En certains points, les vaisseaux con-

tiennent une sorte de sérosité trouble, brunâtre, semblable à une légère infusion de café.

Les vaisseaux et *les ganglions lymphatiques*, de la région lombaire ne sont pas augmentés de volume et ne contiennent pas de pus.

Rien d'anormal à signaler dans les trompes, les ovaires, le foie, la rate et les reins. Dans le péricarde, quelques fausses membranes ténues, de récente formation. Dans les cavités du cœur, on trouve des caillots blanchâtres, fibrineux, enchevêtrés dans les colonnes et formés pendant l'agonie.

Dans la plèvre gauche, il existe environ un litre de liquide purulent et mêlé de quelques fausses membranes; le poumon gauche, diminué de volume, refoulé en haut, ne présente aucune altération notable.

Le poumon droit est d'une coloration rouge foncé, et présente ça et là, à la superficie, de petits points noirâtres, comme ecchymotiques, dus à une infiltration sanguine. Des coupes pratiquées en tous sens font découvrir une grande quantité d'abcès disséminés dans toutes les parties de l'organe, mais toutefois plus nombreux à la base et sur les bords. Le volume de ces abcès varie de celui d'un grain de millet à celui d'une noisette. La plupart n'atteignent pas le volume d'un pois.

Dans la plèvre droite, on ne trouve ni épanchement, ni fausses membranes.

Obs. VI (personnelle). — Phlébite utéro-ovarienne; arthrite suppurée.

La nommée Fournier (Marie), entré à l'hôpital Laboirisière, salle Sainte-Anne, service de M. le Dr Siredey, le dimanche 22 mars 1874. Cette femme, d'une constitution assez délicate, un peu amaigrie, n'a jamais fait de maladie grave et jouit généralement d'une bonne santé.

Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans ; depuis lors, menstruation régulière, durant trois jours, s'accompagnant de quelques coliques.

Premier accouchement à terme, il y a deux ans, à l'hôpital Laboirisière; suites de couches normales. Partie de l'hôpital au bout de huit jours dans un état très-satisfaisant.

La seconde grossesse s'est très-bien passée ; durant le dernier mois cependant, douleurs assez vives dans le ventre et au niveau de la région lombaire.

Accouchement le lundi, 23 mars, à sept heures du matin, d'une fille pesant 3 k. 260; le travail a duré douze heures.

Après la délivrance, qui s'est faite facilement, hémorrhagie assez abondante, pour laquelle on a donné du seigle ergoté.

Pas de déchirure du périnée. Rien de particulier à noter du lundi 22 mars au jeudi 26. Seins assez gonflés (la mère allaite son enfant). Lochies normales.

Le jeudi 26, émotion très-vive lors de la visite des parents.

Dès le lendemain, *vendredi*, à huit heures du soir, céphalalgie, fièvre sans frisson, sans douleur abdominale. Ce n'est que vers le milieu de la nuit que la malade éprouve une douleur qu'elle compare à une barre, au-dessus de l'arcade de Fallope, du côté gauche.

Le samedi matin 28, à huit heures, frisson avec claquement de dents, assez violent pour faire trembler le lit, et qui dure un quart d'heure environ. Le stade de froid a été suivi des stades de chaleur et de sueur.

A la visite, on trouve la malade en proie à une fièvre très-vive, 140 pulsations.

Par la pression, on développe de la douleur au niveau et un peu au-dessus de l'arcade de Fallope à gauche. Cependant le ventre n'est pas ballonné ; l'utérus paraît bien revenu. Pas de fétidité des lochies.

Langue un peu blanche. Une selle le matin avant la visite.

15 sangsues au niveau de la région douloureuse ; sulfate de quinine 1 gr. 50.

Immédiatement après la visite du matin, second frisson semblable au premier. Les piqûres des sangsues ont bien coulé. La malade n'a encore pris que 0 gr. 50 de sulfate de quinine. La douleur abdominale est beaucoup moins vive ; 124 pulsations.

Dimanche, 29 *mars*, pas de frisson. Ventre non douloureux. On continue le sulfate de quinine.

Lundi 30, la fièvre persiste ; la température rectale est de 40°,7 ; sulfate de quinine 1 gr. 50.

Mardi 31, la malade accuse une douleur au niveau de l'épaule gauche. Cependant l'articulation n'est pas tuméfiée, et la peau qui la recouvre conserve son aspect normal. Gros ronchus aux deux bases. Rien du côté de l'abdomen ; 120 pulsations, 1 gr. 50 de sulfate de quinine. On enveloppe l'articulation douloureuse de ouate laudanisée. On envoie en nourrice l'enfant qui ne pèse plus que 2 kil., 720, et la mère passe à la salle Sainte-Geneviève, n° 3.

Mercredi 1er *avril*, pas de nouveau frisson, même traitement. 122 pulsations, 40°,2. Douleur très-vive dans l'autre épaule. La malade accuse aussi un point de côté à ganche. Elle ne tousse pas. Pas de matité, pas de souffle, pas d'égophonie. Le murmure vésiculaire s'entend bien partout.

Jeudi 2. On ne trouve rien à la poitrine. Les deux articulations scapulo-humérales sont toujours douloureuses. Peau très-chaude. Sulfate de quinine, 1 gr. 50.

Soir, 122 pulsations, 40,1. Les deux coudes sont douloureux ; le moindre mouvement imprimé aux membres supérieurs arrache des cris à la malade.

Vendredi 3. 96 pulsations. Quelques vésicules de miliaire apparaissent au-dessous de la poitrine. On continue le sulfate de quinine, 1 gr. 50.

Soir : 140 pulsations, 41°,3. Pouls fort, irrégulier ; battements du cœur

irréguliers aussi et tumultueux; bruit de souffle très-intense, mais non rude à la base et au premier temps.

La malade meurt dans la nuit du vendredi au samedi.

Autopsie le dimanche 5 avril à 7 h. 1/2 du matin.

Aucune trace de péritonite; pas de fausses membranes, pas de liquide péritonéal. Les anses intestinales n'adhèrent pas entre elles et ne présentent pas de piqueté rougeâtre. On n'aperçoit sur la surface de l'utérus, qui paraît bien revenu sur lui-même, aucune trace de phlegmasie.

A droite comme à gauche, les veines utéro-ovariennes contiennent des caillots et un pus rougeâtre que l'on retrouve aussi dans les sinus utérins au niveau des deux angles supérieurs. Nous nous assurons bien que le pus siége dans les veines et non dans les lymphatiques. Les vaisseaux qui le renferment sont situés profondément dans l'épaisseur de l'utérus et ne contiennent pas de valvules. Nous ne trouvons aucun ganglion lombaire hypertrophié ou contenant du pus. Aucune trace de pus dans les autres portions de l'utérus : sa surface interne est d'un rouge noirâtre.

L'articulation scapulo-humérale gauche contient deux cuillerées à café environ de pus qui remplit aussi le canal formé par la coulisse bicipitale. L'articulation scapulo-humérale drcite et les deux articulations du coude ne contiennent pas de pus. Elles ne présentent même ni rougeur ni injection.

Les autres organes (poumons et plèvres, cœur, foie, rate, reins), ne contiennent pas d'abcès.

Obs. VII. (Extraite de la thèse de Leteinturier, Paris, 1872, p. 6. — Péritonite ancienne; rétroversion; amputation du col par l'écraseur linéaire; péritonite généralisée; épanchement purulent dans la plèvre gauche.

Marie-Héloïse, 27 ans, entrée le 13 février 1858 dans le service du Dr Chassaignac. Couche naturelle, il y a sept ans; mais trois semaines après, douleurs vives qui l'obligèrent à garder le lit. Depuis ce temps, douleurs abdominales lombaires; il y a quelques jours, une chute amena l'aggravation de ces symptômes et força la malade à entrer à l'hôpital.

Au toucher, rétroversion, col ramolli très-sensible. A sa partie supérieure et postérieure, on remarque deux tumeurs dures, faisant partie de l'utérus et extrêmement douloureuses.

La malade perd l'appétit, l'état général s'aggrave ; M. Chassaignac décide l'amputation du col pour remettre l'utérus dans sa position.

Le 15 mars, le col, attiré vers la vulve, est entouré par une chaîne d'écraseur et amputé sans hémorrhagie; la partie enlevée pesait 15 grammes; pendant quelques jours la malade est dans un état très-satisfaisant, mais le 20 mars, apparaissent avec les règles, des coliques et des douleurs abdominales vives. Le 24, les règles ont cessé ; mais le malaise subsiste : ballonnement du ventre, vomissements bilieux, pouls faible, fréquent, céphal-

algie, langue fuligineuse, rétention d'urine. Tout indique une péritonite, à laquelle la malade succombe le 31 mars.

A l'autopsie, on trouve les lésions bien nettes de la péritonite : pus, fausses membranes sur la vessie, les intestins, *l'épiploon*. Epanchement purulent dans la plèvre gauche.

La plaie utérine est cicatrisée, l'utérus est sain, pas de pus dans les veines. On ne trouve pas de corps fibreux dans l'utérus, mais la trompe gauche est volumineuse, grosse comme le doigt, et contient du pus. L'ovaire du même côté est hypertrophié, uni à l'utérus par des adhérences anciennes ; c'est l'ovaire adhérent à l'utérus qui avait fait croire à une tumeur fibreuse.

Cette péritonite, ajoute l'auteur de cette observation, avait quelques-unes des allures de la péritonite puerpérale, et l'opération a été faite au moment même où régnait à l'hôpital Lariboisière une épidémie de fièvre puerpérale.

Obs. VIII (inédite). — Nous la devons à l'obligeance de notre excellent collègue et ami M. Fourestié. — Plaie pénétrante de l'abdomen ; péritonite suivie de pleurésie et de péricardite ; mort ; autopsie.

Sénez (Alexandre), âgé de 16 ans, entre le premier novembre 1875 à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 28 (service de M. le Dr Labbé, suppléé par M. Périer.)

Il a reçu dans la journée trois coups de couteau : l'un a glissé sur le rebord des fausses côtes droites et n'a produit qu'une plaie superficielle ; l'autre, situé entre la onzième et la douzième côte se dirige horizontalement en avant jusque sur les muscles intercostaux, mais n'intéresse pas la plèvre. Le dernier, dont l'ouverture externe est située dans le flanc droit, sur un point également distant de la crête iliaque et du rebord des fausses côtes, en dehors de la masse sacro-lombaire, paraît avoir pénétré plus profondément ; car, la dimension de l'orifice, mesurant un diamètre plus grand que les deux autres, indique que le couteau a été enfoncé jusque sur un point plus rapproché du manche.

On ne fait aucune exploration pour s'assurer si ce dernier trajet pénètre dans la cavité abdominale.

Dès son entrée, le malade accuse une vive douleur dans le ventre : son facies est grippé, son pouls petit et sa température inférieure à la normale. On prescrit de la glace sur le ventre ; on panse les plaies avec du chloral.

Le lendemain, on nous dit que le malade a eu une garde-robe ; mais on a négligé de garder les matières en sorte que nous n'avons pu constater si elles contenaient du sang. On nous montre des vomissements porracés. Le ventre est déjà ballonné ; les douleurs sont plus vives que la veille surtout du côté droit. L'auscultation et la percussion de la poitrine ne révèlent aucun signe anormal. On met du collodion sur le ventre, pilules d'opium d'heure en heure.

Les jours suivants, la péritonite prend une marche de plus en plus alarmante ; le malade a continuellement 130 à 140 pulsations. Il vomit plusieurs fois dans la journée; son ventre toujours ballonné détermine une dyspnée assez intense. Même traitement.

Le 6 novembre: on administre par erreur au malade 0,40 centigr. de scammonée. Trois jours se passent encore sans que le malade ait de garde-robe. Mais vers le dixième jour, la diarrhée se déclare et dès ce moment la maladie marche rapidement vors une terminaison funeste. Le malade s'amaigrit; la langue et les parois buccales se couvrent de muguet; les vomissements ont cessé mais non la diarrhée. Le ventre toujours douloureux est modérément ballonné ; malgré cet état si grave, le malade mange suffisamment. Le pouls est petit, fréquent, la température ne dépasse pas 38°. Les plaies blafardes suppurent à peine et ne présentent aucune tendance à la cicatrisation.

Le 16. Le malade est plus oppressé qu'à l'ordinaire, mais on ne trouve rien dans la poitrine. Le ventre n'est pas plus ballonné que la veille. On ausculte le cœur et on découvre un frottement péricardique très-intense, caractérisé par un bruit de va et vient qui s'entend dans toute la région précordiale: on prescrit un vésicatoire.

Les jours suivants, le bruit persiste avec la même intensité et ce n'est que le 21 qu'il commence à diminuer; ce jour-la, on ne l'entend plus qu'à la partie supérieure, la diarrhée persiste.

Le 25. Le malade rend des matières fécales par l'ombilic, en grande quantité ; lorsqu'il fait des efforts, qu'il tousse, qu'il veut aller à la selle, les matières sortent en jets par l'ouverture ombilicale. La diarrhée diminue dès ce moment, le bruit de souffle péricardique devient de plus en plus faible.

Les jours suivants, le malade s'amaigrit de plus en plus ; les extrémités se cyanosent; la muqueuse buccale est couverte de muguet; le malade s'alimente à peine. On a essayé en vain d'arrêter la diarrhée par des lavements au perchlorure de fer, à l'extrait de ratanhia. On a également appliqué, sans grands résultats, la térébenthine sur le ventre, on a donné de la viande crue. Le malade est réduit à l'état de squelette.

Mort le 30 novembre.

Autopsie: quarante-huit heures après la mort.

La plaie abdominale conduit à travers le péritoine dans le colon ascendant manifestement perforé, au niveau de l'angle qu'il forme du côté droit. Cette portion du côlon nage dans une bouillie fécalo-purulente. Le feuillet péritonéal de la paroi abdominale antérieure adhère au bord antérieur du foie. Cette adhérence se continue au niveau de la scissure qui sépare les deux lobes et suit le ligament falciforme jusqu'à la face inférieure du diaphragme. Ainsi se trouve limitée à droite une poche dont les autres parois sont formées, en arrière, par la face antérieure du lobe gauche du foie en haut et sur le coté gauche, par la face inférieure du diaphragme ; en arrière et en bas par la face antérieure de l'estomac. Cette poche est remplie de pus qui semble venir des environs de l'angle du côlon. Elle

de la paroi diaphragmatique était le siége d'une lymphangite en voie de décroissance.

Pendant la courte épidémie qui a régné, à l'hôpital de la Pitié, au commencement de l'année 1875, nous avons observé un cas de septicémie chronique remarquable à plusieurs points de vue. En voici le résumé avec un tracé du pouls et de la température.

Obs. IX (personnelle). — Septicémie puerpérale chronique; 35 frissons; guérison (Avec tracé graphique.)

T..., (Marie), 34 ans, mécanicienne, née à Montmélian (Savoie), célibataire, entrée le 1er février 1875, à l'hôpital de la Pitié, salle Notre-Dame n° 15 (service du professeur Lorain).

Bonne santé habituelle; tempérament lymphatique; à 15 ans, première apparition des règles. Celles-ci s'établissent, à partir de ce moment, d'une façon parfaitement régulière, durant deux jours par mois, n'étant précédées ni suivies d'aucun malaise.

Cinq accouchements antérieurs à l'hôpital de la Pitié, sans aucun accident.

Cette sixième grossesse s'est très-bien passée. Petites douleurs depuis deux jours. Accouchement naturel le 2 février, à cinq heures du matin, après quatre heures de vraies douleurs, d'un garçon pesant 3 k. 550. Délivrance naturelle; pas d'hémorrhagie.

Le jour même de l'accouchement, cinq selles diarrhéiques qui ne laissent aucun repos à la malade et l'obligent à se découvrir et à se mouvoir.

Dans la nuit du 2 au 3, premier frisson avec claquement de dents, frisson qui se répète le 3 dans la journée.

Le 4. Herpès labialis; pas d'altération des traits; pas de nausées, pas de vomissements. Ventre indolore, utérus assez bien revenu, lochies normales, plus de diarrhée, seins mous et flasques.

Le 5. Deux frissons depuis hier; néanmoins, la malade n'accuse aucune souffrance. Rien dans la poitrine.

Le 6. Frisson très-violent hier à 8 heures et demie du soir. Rien de particulier à noter, si ce n'est que la langue est couverte d'un léger enduit blanc jaunâtre.

Le soir. Fièvre assez vive, P. 124, T. V., 40°,4. La face est rouge, vultueuse. On nous apprend que, vers deux heures, la malade a eu un frisson qui a duré environ trois quarts d'heure et a été suivi de sueurs profuses.

Le 7. Nouveau frisson la nuit dernière. Ce matin, frisson très-violent pendant la visite. On prescrit 0 gr. 50 de sulfate de quinine.

Le 8. Pas de frisson, la malade se trouve mieux; la fièvre persiste; une selle normale.

Le 9. Frisson très-violent à 3 heures 1/2 du soir. Le ventre est ballonné; une pression profonde développe un peu de douleur au niveau du bord droit de l'utérus. Le toucher vaginal est pratiqué. Culs-de-sac libres; col entr'ouvert; utérus entièrement descendu dans le petit bassin; lochies jaunâtres, non fétides.

Le 10. Les seins restent mous et flasques, le facies est légèrement altéré; pâleur assez prononcée du visage.

Du 11 février au 19 avril, c'est-à-dire pendant plus de deux mois, l'état de la malade reste à peu près le même.

Teinte subictérique des conjonctives et de la peau.

Langue humide, épaisse, couverte d'un enduit blanc-jaunâtre. Vomissements alimentaires fréquents. Alternatives de diarrhée et de constipation; ventre absolument indolore, quoique légèrement ballonné. L'examen des selles et des urines n'a jamais révélé la moindre trace de pus.

Frissons multiples, violents, suivis de sueurs très-abondantes, survenant tantôt le matin, tantôt dans la journée, tantôt la nuit. La fièvre n'a pas de type bien défini; la période d'intermission est très-variable.

Sulfate de quinine, 0 gr. 50 tous les jours, du 7 février au 9 mars.

Alcoolature d'aconit, 4 gr. tous les jours, du 31 mars au 21 avril.

Néanmoins, nous devons noter quelques phénomènes particulier, ainsi :

21 février. Après un frisson des plus violents, à 11 heures 1/2 du matin, la malade accuse une douleur assez vive au niveau des fausses côtes droites, surtout pendant les mouvements respiratoires. L'examen de la région hépatique et de la poitrine ne révèle rien de particulier. Du reste, cette douleur disparaît le surlendemain.

25 mars. Réapparition de la douleur au niveau de la région hépatique. Le foie n'est pas augmenté de volume, mais la percussion exagère la douleur. La teinte subictérique de la peau et des conjonctives persiste. Les selles sont colorées, l'urine n'est pas ictérique.

Le 12. Toux sans expectoration; quelques râles sous-crépitants fins à la base du poumon droit. Pas de matité.

Enfin, le 19. La peau et les conjonctives ne sont plus jaunes; la diarrhée cesse; plus de vomissements, l'appétit revient; plus de frisson, plus de point de côté. Léger œdème des membres inférieurs. Bruit de souffle doux au premier temps, et à la base du cœur.

La malade sort guérie le 1er mai.

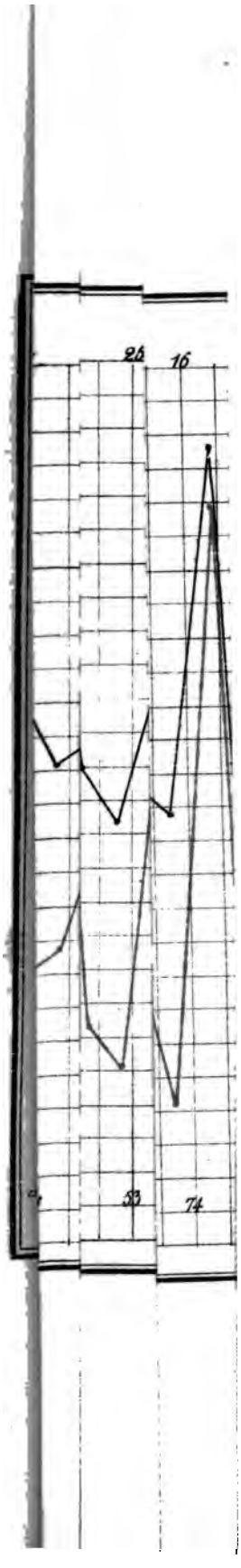
26
16
33
74

TABLE DES MATIERES.

Pages.

INTRODUCTION 1

DIVISION DU SUJET 9

PREMIÈRE PARTIE. — **ANATOMIE DU SYSTÈME LYMPHATIQUE UTÉRIN** 11

HISTORIQUE 11

1° Lymphatiques de la couche muqueuse 12
2° Lymphatiques de la couche musculeuse 15
3° Lymphatiques superficiels ou sous-séreux 15

RAPPORTS DES LYMPHATIQUES UTÉRINS AVEC LE SYSTÈME SANGUIN ET LE PÉRITOINE 20

DEUXIÈME PARTIE. — **ANATOMIE PATHOLOGIQUE** 26

HISTORIQUE 27

FRÉQUENCE 31

CARACTÈRES ANATOMIQUES DISTINCTIFS 32

PARALLÈLE ENTRE LES LÉSIONS CONCOMITANTES DE LA LYMPHANGITE ET DE LA PHLÉBITE UTÉRINE 34

1° Lésions concomitantes de la lymphangite 35
2° Lésions concomitantes de la phlébite 39
3° Lésions concomitantes de la lymphangite et de la phlébite 40

PATHOGÉNIE 45

TROISIÈME PARTIE. — **DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA LYMPHANGITE ET DE LA PHLÉBITE** 55

OBSERVATIONS 63

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr le-Prince, 31

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

CHAN ... ceptée, qui
peu ... de l'accou-
che ... Faculté de
mé ... 4 fr.

CHUF ... rs l'état de
gro ... , par Flet-
wo ... VIELAND et
Jul ... nt l'exposé
des ... OND, 1 vol.
in- ... 18 fr.

CHAI ... ez les nou-
vel ... r agrégé à
la ... 1 fr. 50

BILL ... maternités.
Pa ... 2 fr.

GALI ... es, par le
Dr ... 1873, 1 vol.
in- ... 12 fr.

LOR ... la méthode
gr ... variations
et ... vol. grand
in- ... 10 fr.

MOR ... Dr A. MOR-
DR ... 4 fr. 50

PINA ... s nouvelles
de ... de clinique
d'... avec 100 pl.,
représentant 100 bassins de grandeur naturelle. 7 fr.

— **Des contre-indications de la version dans la présentation de l'épaule**, et des moyens qui peuvent remplacer cette opération. Paris, 1873, in-8 de 140 pages. 3 fr.

ROBIN. **Mémoire sur les modifications de la muqueuse utérine** pendant et après la grossesse, par CH. ROBIN, professeur à la Faculté de médecine, Paris, 1850, in-4, avec 5 pl. lithographiées. 4 fr. 50

SIMON. **Des maladies puerpérales** par le Dr JULES SIMON, médecin des hôpitaux. Paris, 1866, in-8 de 184 pages. 3 fr.

SIMPSON. **Clinique obstétricale et gynécologique**, par sir JAMES Y SIMPSON, professeur d'accouchements à l'Université d'Edimbourg. Traduit et annoté par le Dr G. CHANTREUIL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. *Avec figures*, 1 vol. grand in-8 de 820 pages. 12 fr.

TARNIER. **De la fièvre puerpérale** observée à l'hospice de la Maternité. Paris, 1858, in-8. 3 fr. 50

Paris. — Typ. de A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29 et 31.

nount
phlet
der
d Bros.
akers
on, Calif.
N. 21, 1908

N401 Fioupe, J. 64787
F52 Lymphatiques utérins
1876

NAME	DATE DUE